

ACTIVITEITENVERSLAG

Goedgekeurd door de Algemene Vergadering van 2 juni 2018



2
0
1
7

Inhoud

Inleiding.....	3
Titel 1. De activiteiten: Kamers en federaal	4
Titel 2. De activiteit voor alle artsen	7
Hoofdstuk I. De akkoorden tussen artsen en ziekenfondsen	7
1. Akkoord artsen-ziekenfondsen 2017	7
2. Concretisering van de beloften van de minister	9
3. Begroting 2018 en akkoord artsen-ziekenfondsen 2018-2019.....	11
Hoofdstuk II. Algemene geneeskunde	18
1. Federaal niveau.....	18
I. Audit van de HAWP	18
II. Het “Nieuwe Beleid” van minister De Block.....	19
2. Waals niveau.....	21
i. Invoering van een kadaster van Waalse Huisartsen	21
ii. Franstalig college van Huisartsengeneeskunde	255
3. Brussels niveau	27
4. Vlaams niveau.....	288
I. Impulseo	288
II. Hervorming van de eerste lijn in Vlaanderen.....	290
Hoofdstuk III. De ziekenhuishervorming	31
1. De hervorming van de ziekenhuisfinanciering – Wetsontwerp financiering laagvariabele zorg.....	311
2. De hervorming van de ziekenhuisstructuur – Wetsontwerp voor de netwerken.....	366
3. De hervorming van de ziekenhuisgovernance – Wetsontwerp tot wijziging van de ziekenhuiswet wat betreft de medische raad van het <u>het lokaal klinisch ziekenhuisnetwerk</u> - Erreur ! Signet non défini.1	
4. Pay for Quality (P4Q)	Erreur ! Signet non défini.3
a. Conceptnota van minister De Block	Erreur ! Signet non défini.3
b. Installatie van de Werkgroep en selectie van de indicatoren ...	Erreur ! Signet non défini.3
c. Standpunt van de BVAS tegenover het P4Q-project	Erreur ! Signet non défini.5
Hoofdstuk IV. Opleiding van de artsen	Erreur ! Signet non défini.6
1. Rapport 2016 van de Planningscommissie	Erreur ! Signet non défini.6
2. Vaststelling van quota 2023 – 2026	48
3. Franstalige universitaire cursus: ingangsexamen, selectiewedstrijd en beroep	Erreur ! Signet non défini.0

i.	Het wedstrijdsysteem gehandhaafd in juni 2017.....	Erreur ! Signet non défini.0
ii.	Invoering van het toelatingsexamen voor september 2017	Erreur ! Signet non défini.0
1.	Het Systeem.....	Erreur ! Signet non défini.0
2.	Standpunt en beroep van de diverse protagonisten.....	Erreur ! Signet non défini.2
4.	Groenboek voor de financiering en programmatie van stages voor artsen. Dubbele cohorte 2018 – 2024	Erreur ! Signet non défini.4
i.	Presentatie van de nota	Erreur ! Signet non défini.4
ii.	Reactie van de BVAS.....	57
iii.	Meer arts-specialisten in opleiding (ASO's) per stagemeester	58
	Hoofdstuk V. Medische informatisering	59
1.	Elektronisch voorschrift : Recip-e & PARIS	59
i.	Verplicht elektronisch voorschrift	59
ii.	Elektronisch voorschrijven in “light”-versie	60
2.	Quintiles IMS.....	Erreur ! Signet non défini.1
	Hoofdstuk VI. Veiligheid van de artsen	Erreur ! Signet non défini.2
1.	Beroepsgeheim	Erreur ! Signet non défini.2
2.	Omzendbrief van minister Jambon	Erreur ! Signet non défini.2
	Hoofdstuk VII. Chronische ziektes – Chronic Care-projecten	Erreur ! Signet non défini.4
	Hoofdstuk VIII. Internationale activiteiten	Erreur ! Signet non défini.5
1.	Verslag van de algemene vergadering van UEMO 26-27 mei 2017 in Londen	Erreur ! Signet non défini.5
2.	Verslag van de EANA (Europese vereniging van artsen met vrije praktijk) 16-17 juni 2017 in Bazel	67
3.	AEMH– European Association of Senior Hospital Physicians (AEMH)	69
4.	Comité permanent des Médecins Européens – Standing Committee of European Doctors (CPME)	69
5.	Verslag van de 206^e WMA Council Meeting (World Medical Association) in Livingstone, Zambia, 20-22 april 2017	Erreur ! Signet non défini.0
6.	Verslag van de algemene vergadering van de World Medical Association (WMA) in Chicago, Verenigde Staten, 11-14 oktober 2017.....	71
	BESLUIT	Erreur ! Signet non défini.3

Inleiding

De Belgische Vereniging van Artsensyndicaten (BVAS) is al meer dan 50 jaar de meest representatieve organisatie van het Belgische medisch corps.

De Raad van Bestuur stelt jaarlijks een verslag op van de activiteiten van het voorbije jaar, om dit voor te leggen aan de Algemene Vergadering. Dit jaar zal deze presentatie plaatsvinden op de Algemene Vergadering van 2 juni 2018 in het R Hotel van Aywaille (provincie Luik).

Het activiteitenverslag is de gelegenheid om snel een overzicht te geven van het werk dat het voorbije jaar werd geleverd, en om stil te staan bij enkele omvangrijke dossiers die het afgelopen jaar hebben gekenmerkt. Dit rapport vormt dus géén exhaustief overzicht van alle BVAS-werk van 2017. De behandelde dossiers worden beknopt weergegeven om geen honderden pagina's te moeten schrijven. Het federale technisch bureau staat echter ter beschikking om u alle nodige extra informatie te bezorgen.

Belgische Vereniging van Artsensyndicaten vzw
Terhulpesteenweg 150
1170 Brussel
Tel. 02/644.12.88
Fax: 02/644.15.27
Mail: info@absym-bvas.be
Website: www.absym-bvas.be

Titel 1. De activiteiten: Kamers en federaal

De BVAS bestaat uit 5 Syndicale Kamers¹ die onderling juridisch onafhankelijk zijn. Deze 5 Kamers zijn verspreid over het hele grondgebied:

- Een Kamer dekt de provincies Luik en Luxemburg
- Een Kamer dekt de provincies Henegouwen, Namen en Waals-Brabant
- Een Kamer dekt het Brussels Hoofdstedelijk Gewest
- Een Kamer dekt de provincies Oost-Vlaanderen en West-Vlaanderen
- Een Kamer dekt de provincies Antwerpen, Limburg en Vlaams-Brabant.

De coördinatie tussen deze 5 Kamers wordt verzorgd door een Federaal Secretariaat in Brussel.

Elke Kamer beschikt, net zoals het Federaal Secretariaat, over een technisch bureau dat meestal bestaat uit een secretariaat en een juridische dienst. Het Federaal Secretariaat van zijn kant, steunt op een administratieve, vertaal- en communicatiedienst.

Voor details over de activiteiten van de verschillende Kamers verwijzen we naar hun respectieve activiteitenverslagen. Grofweg samengevat, focust elke Kamer echter op:

- Juridische vragen
 - van haar leden
 - over de totaliteit van het beroep (analyse van wetsontwerpen, politieke onderhandeling, ...);
- Impulso-dossiers als ondersteunings- en begeleidingsstructuur;
- Organisatie van erkende seminaries inzake ethiek en economie.
 - aan Franstalige zijde vermelden we de volgende seminaries in 2017:
 - De medische verantwoordelijkheid – Vergoeding voor schade die voortvloeit uit gezondheidszorgen: 18 maart 2017 in Luik.
 - De werking van het gezondheidszorgsysteem en perspectieven – Governance van het RIZIV-model en ontwerp van ziekenhuishervorming: 13 mei 2017 in Brussel.
 - Het juridisch statuut van de ziekenhuisarts: 30 september 2017 in Nijvel.
 - Medische fouten en organisatie van de geneeskunde – implicaties voor de hervorming van de ziekenhuizen en de ambulante zorgen: 18 november 2017 in Brussel.
 - aan Nederlandstalige zijde² vermelden we de volgende seminaries in 2017:

4

¹ In Vlaanderen werd de benaming "Kamer" vervangen door "Afdeling".

² Activiteiten VAS, afdeling Antwerpen, Limburg en Vlaams-Brabant

- VAS Startersdag voor artsen (KUL), 30 maart 2017, Campus Geneeskunde te Leuven
 - Deelname aan de infosessies van de laatstejaarsstudenten geneeskunde VUB, 31 maart 2017, Jette
 - Haio-namiddag, 23 mei 2017 in het Diagnosecentrum te Lommel
 - VAS-startersdag voor artsen (UA), 2 juni 2017 in de Aula De Drie Eiken te Antwerpen
 - Infosessie voor Manama studenten aan het UZA, 17 juli 2017, UZA Edegem
 - Startersdag voor haio's, 17 juni 2017 in de KBC Boerentoren te Antwerpen:
 - Startersdag voor haio's: 4 november 2017 in de Blue Point te Berchem, Antwerpen
 - Consultatieavond rond ziekenhuisnetwerken op 28 juni 2017 in de Bank J. Van Breda & Co te Antwerpen
 - Reeks Ondernemen 50+: Nu én later!, i.s.m. UNIZO, Overnamemarkt.be en Integraal. Deze 5-delige avondreeks in het najaar 2017 was verspreid over 4 locaties in Vlaanderen.
 - Masterclass Zorgmanagement voor artsen i.s.m. FVB, verspreid over meerdere sessies in Gent.
 - Symposia waarop wij met een beursstand aanwezig waren:
 - De Arts van Morgen, KUL, 4 maart 2017
 - De Medische Wereld, VUB, 22 april 2017
 - De medische beurs van de laatstejaarsstudenten geneeskunde KUL, juni 2017
-
- De opvolging (lezing, analyse, synthese, nieuws) van het Belgisch Staatsblad en de nieuwe publicaties;
 - De opvolging (lezing, analyse, synthese, nieuws) van de actualiteit en diverse werkdocumenten;
 - Haar aanwezigheid op het Net (website en sociale netwerken);
 - Het beheer van haar ledendatabank (oproepen en aanmaningen voor bijdrage, invoering in de databank, opvolging van wijzigingen, aflevering van kaarten en ontvangstbewijzen, regelmatige contacten met de grote groepen, maandelijks vergelijkende opvolging, jaarlijkse statistieken, ...);
 - De elementaire secretariaatsactiviteit (klassement, tikwerk, bestellingen, ...);
 - Het beheer van de vzw (boekhouding, verzekeringen, wettelijke verplichtingen, ...) en het personeelsbeheer;
 - De organisatie en opvolgen van vergaderingen van het Directiecomité, de Raad van Bestuur en de jaarlijkse Algemene Vergadering.
 -

Tot de specifieke missies van het federaal kantoor behoren onder meer:

- Wat de communicatiepool betreft:

- opvolging van de actualiteit,
- redactie en vertaling van persberichten,
- redactie van wekelijkse en gerichte nieuws,
- toevoeging, updating en beheer voor de federale website,
- aanwezigheid op de sociale netwerken,
-
- Wat de vertaalpool aangaat:
 - coördinatie, vertaling en revisie van diverse documenten in de beide landstalen
- Wat de administratieve pool aangaat:
 - archivering en beheer van de diverse werkdocumenten op nationaal en regionaal niveau;
 - coördinatie tussen de 5 Kamers;
 - organisatie van de federale vergaderingen;
 - beheer van de vzw en van het personeel;
 - elementaire secretariaatsactiviteiten voor de voorzitter van de BVAS,
 - ...

Titel 2. De activiteit voor alle artsen

Hoofdstuk I. De akkoorden tussen artsen en ziekenfondsen

1. Akkoord artsen-ziekenfondsen 2017

Zoals we in ons vorige jaarverslag al schreven, was artikel 16 van de programmawet van 25.12.2016 (BS 29.12.2016) die de indexering van de honoraria tot 0,83% beperkt, voor de BVAS aanleiding om op 12.01.2017 een aangetekende brief te versturen **om de ontbinding van rechtswege van het akkoord artsen-ziekenfondsen 2016 te vragen**.

Daarop vond een dringende vergadering van de NCAZ (vroeger NCGZ) plaats. Eind januari 2017 bezorgden de partijen - ook de BVAS - hiertoe een eisenbundel: het **“Ontwerp van raamakkoord”**. Deze tekst omkaderde de komende besprekingen met het oog op een akkoord artsen-ziekenfondsen dat zou lopen tot einde 2017. De tekst vraagt de minister om in de komende 6 maanden op de volgende domeinen na te denken en te handelen:

1. Er zijn op korte termijn wetgevende initiatieven vereist, vooral op de volgende domeinen:
 - Snellere toepassing van de nomenclatuurmaatregelen in de akkoorden. Momenteel duurt het jaren vooraleer de meeste nieuwe prestaties of aanpassingen aan sommige prestaties geïntegreerd geraken in de nomenclatuur, terwijl deze maatregelen door alle vereiste RIZIV-instanties werden begroot en goedgekeurd.
 - Aanpassing van het vereiste meerderheidsquorum om in het Verzekeringscomité te stemmen: een meerderheid op elke bank in het kader van de procedure uit artikel 39 van de GVU-wet en bij uitvoering van gesloten akkoorden. Doel is dus dat de stem van de zorgverstrekkers, inclusief artsen, meer gewicht krijgt.
 - Verduidelijking van de wettelijke bepalingen inzake het opheffen of sluiten van akkoorden.
 - De waarborg voor gepaste betrokkenheid van artsenvertegenwoordiging in het kader van een aantal procedures (bijv. de redactie van een revalidatieovereenkomst).
 - Betrokkenheid van de volledige regering bij de goedkeuring van de akkoorden artsen-ziekenfondsen om meer garanties te hebben voor de financiële gevolgen.
2. De NCAZ wil in de komende maanden met de regering en in voorkomend geval met andere partners principeakkoorden omtrent een aantal bijzonder complexe thema's afsluiten, om het conventiesysteem te versterken. Tot de beoogde discussiethema's behoren: hervorming van de nomenclatuur; de kwestie van de ereloon-“supplementen”; het gebruik van klinische gegevens in het kader van de GVU-verzekering; de hervorming van de accreditering; de invoering van een kader dat de organisatie, de werking en de financiering van de

huisartsenwachtposten (HAWP) mogelijk maakt; overgangsmaatregelen in het kader van latere uitrol van de roadmap voor eHealth; een alternatieve oplossing voor het huidige sociaal statuut voor artsen die actief blijven na de wettelijke pensioenleeftijd; ...

3. De Commissie artsen-ziekenfondsen wenst ook, op het niveau van de hervorming van de ziekenfondsen, enerzijds garanties te krijgen voor een strategische en operationele betrokkenheid van de artsen in het beheer van de toekomstige ziekenhuisnetwerken, en anderzijds duidelijkheid over het wettelijke kader omtrent de afhoudingen op de erelonen van artsen in ziekenhuisomgeving.
4. De partijen vragen ook een herziening van de regels voor financiering van de representatieve artsverenigingen evenals de reglementering voor de organisatie van de medische verkiezingen.
5. Met het oog op komende akkoorden eist de BVAS voorts dat het recht op indexerings van de artsenhonoraria wettelijk wordt verankerd.

Tijdens de vergadering van 24 februari waaraan de minister zélf deelnam, werd tot een **moratorium van een maand voor het opstellen van het akkoord** beslist. Doel was tegen einde maart te komen tot een nieuw akkoord dat tot eind 2017 zou lopen. Terwijl de klok een maand stilstand, bleven de geconventioneerde tarieven gelden.

De minister gaf “garanties” die als voldoende werden beoordeeld (de wettelijke bepalingen moeten nog gepubliceerd worden), en op **27 maart 2017 sloot de NCAZ een mini-akkoord tot einde 2017**. De tariefzekerheid is daarmee gegarandeerd tot einde 2017.

8

De tekst preciseert:

- de bepalingen van het akkoord van 22 december 2015 die niet werden gewijzigd, blijven gelden tot 31 december 2017;
- het sociaal statuut is verworven voor 2017 voor artsen die volledig of gedeeltelijk waren toegetreden tot het akkoord van 22 december 2015 EN toetreden tot het nieuwe akkoord van 27 maart 2017. Anders gezegd: men moet de tarieven vanaf 1 januari 2017 tot 31 december 2017 respecteren.

De BVAS was bereid het “mini-akkoord 2017” te ondertekenen om het overlegstelsel en het stelsel van het sociaal statuut te handhaven.

Het nieuwe akkoord werd op 12 april 2017 gepubliceerd. De artsen kregen dan 30 dagen om zich volledig of gedeeltelijk te conventioneren. Voor het eerst kon de procedure tot kennisgeving van een weigering of gedeeltelijke toetreding uitsluitend nog elektronisch plaatsvinden, via de beveiligde module op de RIZIV-website.

Toen echter in de loop van april werd vastgesteld dat artsen toegangproblemen ondervonden tot de MyRiziv-module om hun weigering of gedeeltelijke toetreding te melden, besliste het RIZIV om de uiterste meldingsdatum te verschuiven naar 31 mei³. Deze case illustreert de diverse problemen met

³ Het RIZIV publiceert, in overeenstemming met de wet, de conventioneringscijfers zoals geregistreerd op 12 mei 2017, namelijk 30 dagen na de publicatie van het akkoord in het Belgisch Staatsblad. Er zijn ongeveer 84% toetredingen. 16% van de Belgische artsen verwerpen het mini-akkoord artsen-ziekenfondsen, ondertekend voor een jaar. Dit is hetzelfde percentage als vorig jaar voor het akkoord 2016-2017. De ‘weerspannige’ arrondissementen blijven dezelfde: Neufchâteau, Aarlen, Veurne, Turnhout, enz. De minst geconventioneerde specialisten - oogartsen, dermatologen... - voor toegang tot zorgverstrekking blijven eveneens onveranderd. Na 31 mei 2017 is duidelijk dat exact 15.93% van de artsen het akkoord verwerpen, tegen 16.00% op 22.12.2015 en 16.17% op 22.12.2014. Van de specialisten verwerpt

betrekking tot het informaticagebruik en vandaar de weigerachtigheid van sommigen tegenover deze verplichting.

2. Concretisering van de beloften van de minister

a. Wet van 11 augustus 2017 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid, gepubliceerd op 28.08.2017

Deze wet voorziet in een reeks maatregelen met betrekking tot de akkoorden artsen-ziekenfondsen, vooral naar aanleiding van de hogervermelde eisen. De BVAS meent echter dat deze wet niet beantwoordt aan de vragen die in januari werden geformuleerd, en evenmin aan de beloften van de minister. De Commissie heeft nochtans louter op die basis te goeder trouw een mini-akkoord artsen-ziekenfondsen gesloten voor de rest van 2017. De BVAS schrijft de minister derhalve een klachtenbrief over de volgende elementen:

1. De “ziekenhuisnetwerken” komen nergens ter sprake.
2. Verder worden wijzigingen aangebracht in de programmatie van ziekenhuizen (die op 7 september 2017 van kracht worden), maar deze vervallen op de dag van de eerste bijeenroeping van de nieuw verkozen Kamer van Volksvertegenwoordigers na de eerstvolgende federale verkiezingen. (Deze verkiezingen vinden normaal gezien plaats in oktober 2019.) Anders gezegd: deze gewijzigde procedure geldt slechts voor twee jaar. De uitwerking van de gewijzigde programmatie en van de programmacriteria steunt echter op wetenschappelijke evidentie. Deze is gebaseerd op informatie uit opdrachten die o.a. werden toegekend aan het Federaal Kenniscentrum (KCE) of een universitair team. Dergelijke studies vragen echter tijd. Bovendien is de vertegenwoordiging van de BVAS en van de praktiserende artsen in het algemeen binnen het Federaal Kenniscentrum verwaarloosbaar in verhouding tot de bestuurders uit de politieke wereld⁴. De exclusieve toewijzing van opdrachten aan universitaire centra kan niet rekenen op goedkeuring van de BVAS.
3. Een akkoord tussen artsen en ziekenfondsen moet wettelijk over twee jaar lopen. De BVAS heeft daarom een financieel meerjarenkader gevraagd zodat - ook vanuit begrotingsstandpunt - twee jaar vooraf gewerkt kan worden. De nieuwe wet laat dit toe maar verplicht dit niet. Dit initiatief is het enige sprankeltje hoop.
4. De andere wetsamendementen gaan veeleer in de tegengestelde richting van wat werd gevraagd. Bijvoorbeeld:
 - er is geen enkele deelname van de ziekenhuisartsen voorzien in de akkoorden tussen de ziekenhuizen en de ziekenfondsen inzake conventionering;
 - er wordt geen enkele bijkomende rechtszekerheid gegarandeerd inzake de overeengekomen honoraria;
 - het opzeggen en aangaan van akkoorden is nagenoeg onmogelijk geworden. Een eis van de BVAS, zoals uiteengezet in het kaderakkoord, was verduidelijking van de

19,15% het akkoord, tegenover 18,88% op 22.12.2015 en 19,22% op 22.12.2014. Bij de huisartsen wordt het akkoord van 27.03.2017 verworpen door 10,80%, tegenover 11,46% op 22.12.2015 en 11,41% op 22.12.2014.

⁴ Wij tellen slechts twee praktiserende artsen (dr. Marc Moens voor BVAS en dr. Paul de Munck voor het Kartel) op 25 bestuurders.

wettelijke bepalingen inzake opzeggen en aangaan van akkoorden. De wijzigingen met betrekking tot het opzeggen van het akkoord beperken nu het opzeggen van het akkoord indien de Koning of de Algemene Raad maatregelen nemen voor de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging die leiden tot een beperking van de honoraria, met uitzondering van de maatregelen genomen bij toepassing van artikel 18, 51 en 68 van de wet. De mogelijkheid die de BVAS had ingeroepen in januari 2017, om het akkoord op te zeggen wegens de verlaging van de index, kan met de nieuwe bepaling van artikel 51, §9 van de GUV-wet niet meer ingeroepen worden. De BVAS had meer garanties gevraagd voor de uitvoering van een akkoord. De nieuwe wet voorziet integendeel in meer garanties voor de bevoegde minister en de regering. Welke maatregel de regering ook neemt, het is nagenoeg onmogelijk om het akkoord nog op te zeggen of te ontbinden.

- Er wordt geen bevredigend gevolg gegeven aan de vraag inzake de gewaarborgde indexering;
- Het recht op een sociaal statuut voor de artsen die hun praktijk voortzetten na hun wettelijke pensioenleeftijd, wordt niet erkend. Artikel 40 van deze wet verruimt de voordelen die kunnen worden toegekend aan tandheekkundigen of al wie onder de overeenkomstencommissies ressorteert, maar komt niet tegemoet aan de vraag van de artsen. Deze wetswijziging biedt geen enkele oplossing voor de gepensioneerde artsen die blijven voortwerken.

5. Beloften die via koninklijk besluit bevestigd moesten worden, ontbreken:

- Meer betrokkenheid van de zorgverstrekkers door een wijziging van de stemmingsprocedure in het Verzekeringscomité. Tot vandaag volstaan inderdaad 21 stemmen van verzekeringsinstellingen plus 1 zorgverstrekker voor een beslissing bij algemene meerderheid (namelijk 22 stemmen op 42). De BVAS had gevraagd dat een meerderheid aan elke zijde nodig zou zijn: de ziekenfondsen EN de zorgverstrekkers.
- Een aanpassing van de reglementering inzake financiering van de representatieve artsenorganisaties. Een KB van 11.06.2011 regelt de financiële situatie tot 2014. Daarna werd de financiering niet meer wettelijk geregeld, hoewel een ontwerp van KB om de financiële regeling voor de volgende jaren vast te leggen werd goedgekeurd door het Verzekeringscomité van 11/04/2016. De artsensyndicaten kregen voor 2015 een subsidiëring zonder indexering, voor 2016 een voorschot van 75% en daarna nog helemaal niets voor 2017 toen het al augustus 2017 was.

Midden oktober 2017 schreef Jo De Cock (administrateur-generaal van het RIZIV) een brief naar de BVAS om ons te verzekeren dat de bevoegde autoriteiten op de hoogte waren van onze bezorgdheden inzake de wet van 11.08.2017, vooral wat betreft de uitvoering van het kaderakkoord. In deze brief komt hij meer bepaald terug op de diverse punten die de BVAS had gehekelde, om ons gerust te stellen wat betreft de interpretatie die moest worden gegeven aan deze bepalingen en de reële intentie van de wetgever. Hij bevestigt ons dus dat aan onze vragen wordt tegemoetgekomen.

- b. KB van 10 september 2017 (BS 19.09.2017) tot wijziging van het KB van 03 juli 1996 tot uitvoering van de ZIV-wet wat betreft de stemmingsprocedure in het Verzekeringscomité

Enkele weken later werd een tekst gepubliceerd die bepaalt dat voortaan de stemming binnen het Verzekeringscomité van het RIZIV verschillend zal verlopen wanneer het gaat om het globale begrotingsvoorstel (art 39 Gvu-wet) of om maatregelen die de akkoorden en conventies tussen ziekenfondsen en zorgverstrekkers uitvoeren (op basis van artikel 22 van de Gvu-wet).

Het Verzekeringscomité van het RIZIV bestaat uit een gelijk aantal vertegenwoordigers van de ziekenfondsen en van de zorgverstrekkers. Om geldig te beraadslagen moet minstens de helft van de leden van elke groep aanwezig zijn. Deze regel verandert niet.

De beslissingen zullen voortaan echter worden genomen met een 2/3-meerderheid van de uitgebrachte stemmen van de aanwezige stemgerechtigde leden van elke groep (ziekenfondsen en zorgverstrekkers, onder wie de artsen). Er wordt geen rekening gehouden met onthoudingen. Indien deze 2/3-meerderheid niet wordt bereikt, maar wél een gewone meerderheid bij de aanwezige stemgerechtigde leden van beide banken, worden dezelfde voorstellen ter stemming voorgelegd tijdens de volgende vergadering. Indien dan opnieuw een meerderheid per groep wordt bereikt, worden de beslissingen goedgekeurd. Anders gezegd: een gewone meerderheid volstaat indien een 2e stemming nodig is.

Deze nieuwe stemprocedure wordt slechts toegepast indien het Verzekeringscomité moet stemmen over het begrotingsvoorstel en de maatregelen die de akkoorden en conventies tussen de partijen uitvoeren. Met deze nieuwe stemprocedure blijft het paritaire beslissingsmodel gehandhaafd.

De oude stemprocedure blijft van toepassing voor de andere beslissingen van het Verzekeringscomité. Hier gaat het dus niet om paritaire stemming maar om een 2/3-meerderheid van de aanwezige stemgerechtigde leden, ongeacht tot welke groep ze behoren. Indien dit quorum niet wordt bereikt, maar wél een gewone meerderheid, wordt overgegaan tot een nieuwe stemming tijdens de volgende vergadering. Indien dan andermaal een gewone meerderheid wordt bereikt, zijn de beslissingen aangenomen.

11

3. Begroting 2018 en akkoord artsen-ziekenfondsen 2018-2019

➤ Begin oktober 2017 werd de begroting voor de gezondheidszorg 2018 goedgekeurd door de Algemene Raad. De begrotingsdoelstelling 2018 van de gezondheidszorgverzekering bedraagt ongeveer **25 miljard euro**.

De volledige indexeringsmassa van 1,68% staat ter beschikking van de commissies voor overeenkomsten en voor akkoorden. Nieuwe aanvullende middelen gaan naar de gezondheidszorgverzekering om de terugbetaling van klinisch psychologen mogelijk te maken (22,5 miljoen euro vanaf 01.10.2018); daarnaast werd 15 miljoen euro vrijgemaakt en toegevoegd om de geïnterneerden te kunnen integreren in de gezondheidszorgverzekering.

De te realiseren inspanningen om de begrotingsdoelstellingen te halen, bedragen 237.876.000 euro.

- De belangrijkste inspanning is voor de geneesmiddelensector. Er zullen maatregelen worden getroffen voor een totaalbedrag van 188 miljoen euro.
- Een inspanning van 8 miljoen euro is vereist voor de sector van de medische hulpmiddelen en implantaten.
- **De artsen moeten een inspanning ter waarde van 36 miljoen euro leveren.**
- Voor alle andere sectoren (tandartsen, verpleegkundigen, ziekenhuizen, kinesitherapeuten enz.) ligt een inspanning van 6 miljoen euro te wachten.

De BVAS is tevreden over deze begroting. De artsensyndicaten moeten dus een akkoord bereiken over het gebruik van de indexering. In dit verband is de BVAS van plan te blijven deelnemen aan de onderhandelingen in de schoot van de Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen.

➤ Eind november 2017 stelde de BVAS echter vast dat er geen garanties zijn voor een akkoord artsen-ziekenfondsen, gezien de lopende discussies omtrent de verdeling van de indexering. De BVAS wenst namelijk dat deze lineair wordt opgevat, en niet-selectief zoals de NCAZ voorstelt.

Van de indexmassa van 149,62 miljoen euro zouden de artsen ongeveer 36 miljoen moeten bijdragen (ongeveer 30 miljoen recuperatie van in 2017 gereserveerde bedragen en 6 miljoen reële besparingen voor 2018). Het resterende bedrag van 113,76 miljoen moet worden verhoogd met 6,13 miljoen aan gereserveerde bedragen die pas in 2019 worden uitgegeven. Het saldo van 119,9 miljoen zou moeten dienen voor de indexering met 1,27% van alle honoraria. Een alternatief voorstel van NCAZ-voorzitter Jo De Cock om de volledige indexering van 1,68% te besteden aan bepaalde prestaties en om een hele reeks andere (vooral medisch-technische) prestaties helemaal niet te indexeren, is voor de BVAS gewoon onaanvaardbaar.

➤ Uiteindelijk werd op 19.12.2017, om 2 uur 's ochtends, een **akkoord artsen-ziekenfondsen 2018-2019 ondertekend, met inbegrip van een selectieve indexering die voor de BVAS aanvaardbaar is. De BVAS is tevreden:** ze is er immers in geslaagd ervoor te zorgen dat de artsen eerst en vooral betaald worden voor hun kwaliteitsprestaties. De forfaitaire honoraria van hun kant blijven een aanvullend inkomen betekenen. Wat onthouden we hiervan?

1. Tariefakkoorden

- a. Geen verhoging van het remgeld.
- b. De erelonen van de artsen zullen in principe vanaf 1 januari 2018 met 1,50% verhogen. Er zijn uitzonderingen voorzien:
 - i. Indexering van 1,68%:
 1. Raadplegingen van huisartsen en specialisten (met uitzondering van de honorariasupplementen voor dringende gevallen)
 2. Indexeringsclausules voorzien in specifieke koninklijke besluiten (bijv. klinische biologie: forfaitaire honoraria per voorschrift, forfaitair honorarium van een zorgtraject-contract, overeenkomst genetic counseling, beschikbaarheid van huisartsen, van artsen-specialisten en van pediaters in E-diensten, medisch advies bij palliatieve patiënten)
 - ii. Indexering van 1,25%: voor de prestaties in klinische biologie (behalve de hogervermelde uitzonderingen) en medische beeldvorming.
 - iii. Niet-geïndexeerde prestaties:
 1. Het globaal medisch dossier (GMD) en het GMD van chronisch zieken
 2. De genetische onderzoeken
 3. Dringende technische verstrekkingen
 4. Geïntegreerde premie voor de huisartsen
 5. De specifieke prestaties voor niet geaccrediteerde artsen

In 2018 zullen de artsen een budget van 8,44 miljard euro toegewezen krijgen voor hun erelonen.

De BVAS is er trots op dat de intellectuele prestaties geïndexeerd worden. Wat betreft de raadplegingen van huisartsen en van artsen-specialisten wordt de index van 1,68% volledig toegekend. De huisartsen mogen vanaf 1 januari een bedrag van 25,42 euro factureren voor een raadpleging. Door correcties in de indexeringen kon toch nog een indexering van 1,25% bereikt worden voor de sectoren van de klinische biologie en de medische beeldvorming, hetgeen nagenoeg overeenkomt met het percentage van 1,27% dat zou zijn toegekend in geval van eenvoudige indexering voor alle disciplines. Sommigen wensten deze sectoren helemaal niet te indexeren.

- c. Besparingen en volumebeperkingen zijn voorzien inzake CT van de wervelzuil en het voorschrijven van doseringen van vitamine B12 en foliumzuur.
- d. Een mechanisme van responsabilisering wordt ingevoerd: bij overschrijding of bij een forse stijging van de uitgaven voor de klinische biologie of de medische beeldvorming zal het mogelijk zijn de voorschrijvers tot de orde te roepen.

2. Kwaliteit van de zorgverlening

- a. GMD:
 - i. Het akkoord voorziet financiële incentives ter verbetering van de GMD-kwaliteit (max. 2.500 euro op basis van meetbare parameters die vóór 1 april 2018 worden vastgelegd voor 2018. De evaluatie betreft de periode van 01.07 tot 31.12.2018.)
 - ii. Andere zorgverleners met wie de patiënt een therapeutische relatie heeft, kunnen nagaan wie de GMD-houdende huisarts is, en bij misbruik kan aan de Orde van artsen worden gevraagd toe te zien op het respect van de deontologische regels bij verandering van GMD-houder.
 - iii. Op termijn zal het GMD georganiseerd kunnen worden op schaal van de groepspraktijk.
 - iv. In de toekomst zal de patiënt kunnen vragen om de derdebetalersregeling toe te passen voor de prestaties van de GMD-houdende arts.
 - v. In sommige gevallen kan het GMD automatisch verlengd worden. Anders gezegd: voor sommige patiëntengroepen zal de verlenging van het GMD losgekoppeld worden van een verplicht jaarlijks contact met de huisarts.
- b. De NCAZ zal meewerken aan de herziening van het wettelijke kader voor de verplichte wachtdiensten voor de huisartsen. De wachtdiensten worden gegroepeerd in een samenwerkingsstructuur met één oproepnummer: 1733. Een interadministratieve cel zal deze structuur ondersteunen. In afwachting blijft de financiering van de huisartsenwachtposten verzekerd voor 2018, met inbegrip van de indexering van de personeelskosten. Het zal mogelijk zijn nieuwe projecten in de lijn van de hervormingsdoelstellingen te starten. In de 2e helft van 2018 zullen wijzigingen worden voorgesteld in het systeem van de beschikbaarheidshonoraria voor huisartsen. Hierbij zal rekening gehouden worden met de informatie die wordt ontvangen via de registratie van de activiteit van de wachtpost; in eerste instantie heeft dit betrekking op het "holst van de nacht" (van 23 tot 8 uur). De BVAS is tevreden: op verzoek van onze huisartsen werd in het akkoord immers bepaald dat het oproepsysteem 1733 in 2018 integraal zal worden uitgerold.

- c. Wervelkolom / lagerugpijn
- i. De voorschrijvende en behandelende artsen zullen terugkoppeling krijgen in het kader van de arbeidsongeschiktheid.
 - ii. Er komt een aanpassing van de nomenclatuur inzake wervelkolompathologieën, naast concretisering van een verbeterplan voor de aanpak ervan.
- d. In 2018 komen er overeenkomsten voor:
- De complexe chirurgische ingrepen voor de slokdarm- en pancreastumoren zullen exclusief voorbehouden zijn voor specifieke expertisecentra, via conventies met individuele ziekenhuizen die tegen 30 juni 2018 worden ingediend. Het betreft, volgens het akkoord, “supraregionale” zorgopdrachten.
 - Voor wat te maken heeft met de geestelijke gezondheid en met de 107-projecten, zullen - via een overeenkomst met de ziekenhuizen - akkoorden worden gesloten voor de situaties waarbij de mobiele teams een beroep kunnen doen op een ziekenhuispsychiater voor de opvolging van patiënten in een thuiscontext. Doelstelling is de vrijgekomen toezichtshonoraria volledig en stapsgewijs via de nomenclatuur te herinvesteren in de honorering van de psychiaters die werkzaam zijn in de mobiele teams.

3. e-Gezondheid / eHealth

14

De NCAZ (“medicomut”) en de overheden hebben zich verbonden tot betere ondersteuning van de voortzetting van de informatisering van de artsen. Tot de aangehaalde punten behoren:

- De regering wil meer druk uitoefenen op de leveranciers van softwarepakketten om te komen tot een correct servicemanagement. Er zal een overlegplatform met de leveranciers van softwarepakketten en de betrokken overheidsdiensten worden gecreëerd, met vooral als doel een correct servicemanagement te organiseren met inbegrip van de noodzakelijke helpdeskfuncties.
- Verplicht elektronisch voorschrijven van geneesmiddelen bij raadplegingen vanaf 1 juni 2018 (behalve voor voorschrijvers die op die datum de leeftijd van 62 jaar hebben bereikt en bij huisbezoek en bezoek aan een instelling). Voor occasionele voorschrijvers wordt op die datum een nieuwe versie van de internetapplicatie PARIS⁵ voorgesteld, zonder verplichting om een eHealthcertificaat te installeren op het toestel van de voorschrijver. Vanaf medio 2019: opheffing van het papieren bewijs van elektronisch voorschrijven; ook zal het mobiel voorschrijven worden verzekerd.
- Engagement tot veralgemening van het systeem tegen 1 januari 2021.
- Het medicomut-akkoord voorziet overigens in een denkoefening omtrent elektronisch voorschrijven voor medische beeldvorming, kinesitherapie en verpleegkunde.
- Verbetering van de ondersteuning en de helpdeskfuncties.
- De elektronische facturering met de ziekenfondsen zal in de loop van 2018 mogelijk worden.
- Investering in de ontwikkeling van softwaretoepassingen voor de patiëntendossiers bij de artsen-specialisten (niet geïntegreerd in de EPD van het ziekenhuis): in 2018 wordt een bevraging bij de artsen-specialisten georganiseerd om een duidelijk inzicht te krijgen in de toepassingen die zij momenteel gebruiken en in hun verwachtingen. Op basis van dit

⁵ Prescription & Authorisation Requesting Information System.

onderzoek zal in 2019 een plan worden uitgewerkt om zodra het gebruik van eGMD verplicht wordt, een vlotte communicatie tussen huisarts en specialist mogelijk te maken.

- Ook hier voorziet het akkoord in een financiële incentive van maximum 2.500 euro (voor huisartsen) om het gebruik van e-services te promoten.

De BVAS zal ervoor blijven ijveren dat ook de specialisten - die weldra eveneens verplicht zullen moeten automatiseren - zullen kunnen genieten van een vergelijkbare automatiseringspremie als de huisartsen.

4. Ereloonsupplementen

Het akkoord voorziet in initiatieven op 3 domeinen:

- Verhoging van de transparantie ten aanzien van de patiënten door invoering van de verplichting een kostenraming te maken voor een lijst van courante chirurgische ingrepen. Concreet gaat het enerzijds om het opstellen, door alle ziekenhuizen en tegen 1 januari 2019, van een voorafgaande kostenraming met daarin een maximumbedrag voor de ereloonsupplementen en voor de andere kosten voor bepaalde courante behandelingen bij de opgenomen patiënten. Anderzijds wenst de NCAZ op de factuur van de patiënt de vermelding van het aandeel van de ereloonsupplementen dat de arts toekomt en het aandeel dat het ziekenhuis toekomt.
- Correctie van het bedrag van de ereloonsupplementen in bepaalde bijzondere situaties (kind, kanker, enz.). De NCAZ zal tegen 30 juni 2018 correctievoorstellen formuleren opdat de ereloonsupplementen niet hoger kunnen zijn dan 5.000 euro, meer bepaald voor transplantaties, kankerbehandelingen bij kinderen, zeldzame aandoeningen en polytraumata.
- Afremming van het groeiritme van de ereloonsupplementen. De NCAZ stelt de minister voor om de FOD en het RIZIV te mandateren om een overleg op te starten teneinde tegen 30 juni 2018 tot een voorstel te komen aangaande de voorwaarden waaronder een overeenkomst tot stand kan komen over een eventuele standstill (bevrozing van een verhoging van de ereloonsupplementen, voor zover deze gepaard gaat met een bevrozing van de afhoudingen op de artsenhonoraria en bijkomende besparingen buiten de eventuele correcties bij overschrijding van het budget). Deze overeenkomst moet gelden tot einde 2019. De NCAZ roept de artsen en ziekenhuizen voorts op om intussen geen acties te ondernemen die de totstandkoming van een dergelijke overeenkomst kunnen bemoeilijken. Het supplementenprincipe blijft dus gewaarborgd, rekening houdend met het feit dat ze ook voor de ziekenhuizen onmisbaar zijn, gezien hun onderfinanciering. Transparantie is primordiaal voor de BVAS, en daarom heeft ze gevraagd en ook verkregen dat de ereloonsupplementen verplicht op transparante wijze openbaar gemaakt worden, zowel door de artsen als door de ziekenhuizen. De BVAS zal met de ziekenhuisinstellingen overleggen om dit punt verder te blijven ontwikkelen.

5. Doelmatige zorg

- Begin 2018 zal een nieuw actieplan voor controle op de gezondheidszorg worden voorgelegd aan de Algemene Raad.

- Wat de ziekenhuisinstellingen aangaat, zullen vooral acties in de sector van de medische beeldvorming worden opgezet om het voorschrijven en uitvoeren van *onnodige of overbodige* onderzoeken te beperken evenals in de klinische biologie wat betreft de terugbetalingsvoorwaarden voor de dosering van 25-hydroxy-vitamine D, vitamine B12 en foliumzuur. Voor deze twee sectoren (beeldvorming en biologie) zal de NCAZ tegen 30 juni 2018 maatregelen concretiseren met het oog op financiële responsabilisering van artsen die bijzonder veel (volume) of vaak (frequentie) voorschrijven in vergelijking met de EBP (evidence based practice).
- In de sector van de medische beeldvorming zal een decision support tool worden aangeboden.
- Wij blijven het voorschrijven van biosimilaire en goedkope geneesmiddelen aanmoedigen. Individuele feedback over het voorschrijven van geneesmiddelen en/of onderzoeken zal naar de specialisten en/of de huisartsen gestuurd worden.

6. Accreditering

De hervorming van het accrediteringssysteem start in 2019. Deze hervorming zal concreet gekenmerkt worden:

- Door de vaststelling van algemene en individuele kwaliteitsdoelstellingen.
- Door een gelijkwaardige vergoeding voor de geaccrediteerde artsen.
- Door af te stappen van het “alles of niets”-karakter van de accreditering.
- Door programma’s tot kwaliteitsverbetering, uitgewerkt door de LOK’s.

De toekomstige financiering zal steunen op de toewijzing van creditpoints aan de volgende 3 pijlers: het volgen van permanente professionele navorming, de deelname aan peer reviews en de realisatie van individuele kwaliteitsdoelstellingen, gebaseerd op een set indicatoren inzake voorschrijven en behandeling.

De informatie met betrekking tot de gevolgde opleidingen wordt bewaard in het professioneel dossier van de arts.

Een tijdelijke toeslag bij het accrediteringsforfait kan worden overwogen voor bepaalde bijzondere doelstellingen.

7. De nomenclatuur

Tot de doelstellingen behoren: de herziening van de ordening van de nomenclatuur met een onderscheid tussen het gedeelte “honoraria” en het gedeelte “kosten” van de werking voor de belangrijkste prestaties.

Diverse universitaire teams voeren momenteel werkzaamheden uit in het kader van een eventuele herziening van de nomenclatuur. De NCAZ vraagt dat een onderzoeksgroep voorstellen zou formuleren om “*onredelijke inkomensverschillen, enerzijds tussen huisartsen en specialisten en anderzijds tussen artsen-specialisten onderling weg te werken*”.

Wat timing aangaat, wordt een concreet plan van aanpak aangekondigd tegen 31 maart 2018, een eerste rapport tegen 31 maart 2019 en een eindverslag tegen eind december 2019.

8. Twee bijzondere aandachtspunten

Bijzondere aandacht gaat ook naar:

- De vroegtijdige zorgplanning en de begeleiding van palliatieve patiënten.
- De invoering van een “persoonsgebonden financiering” voor de artsen-specialisten in opleiding. De NCAZ zal haar medewerking verlenen. In dit verband moet een voorstel worden geformuleerd voor een oplossing inzake de opbouw van pensioenrechten.
- De transversale samenwerking tussen artsen en andere zorgverleners.

9. Sociaal statuut van de artsen

De voorgestelde bedragen voor 2018 zijn:

- 4.870,71 euro voor de volledig geconventioneerden met voltijdse activiteitsdrempel
- 2.297,63 euro voor de volledig geconventioneerden met beperkte activiteitsdrempel en de gedeeltelijk geconventioneerden met voltijdse activiteitsdrempel.

10. Dit akkoord zal enkel opgezegd kunnen worden in enkele bijzondere situaties

- bij eenzijdig opgelegde besparingen,
- bij niet-toekenning van de indexering,
- bij uitbreiding van het verplichte derdebetalersstelsel,
- en bij wijziging van de wet inzake supplementen.

Hoofdstuk II. Algemene geneeskunde

1. Federaal niveau

I. Audit van de HAWP

In het kader van het door de regering gewenste geïntegreerd model voor de aanpak van niet-planbare zorg, is het de doelstelling een uniform systeem van huisartsenwachtposten (HAWP) uit te werken met meer standaardisering, meer transparantie en efficiëntere financiering. Het uniforme oproepnummer 1733 moet het mogelijk maken dit systeem telefonisch te bereiken.

Om de richtlijnen voor dit nieuwe systeem te bepalen had minister De Block een audit van de werking van de huisartsenwachtposten besteld. Deze audit is gestart in mei 2016 en moest enkele maanden later, tegen het einde van 2016, afgerond zijn. Het was uiteindelijk wachten tot medio 2017 voor een presentatie van het eindverslag dat in januari klaar was. Wat moeten we onthouden⁶?

- De totale werkingskosten van een HAWP, namelijk alle kosten van een HAWP zonder de honoraria en de beschikbaarheidshonoraria, bedragen gemiddeld 286.732 euro/jaar.
 - o De audit toont echter grote verschillen tussen HAWP met gelijke aantallen interventies wat betreft de gefactureerde kosten. Sommige HAWP zijn duurder wat exploitatiekosten aangaat dan andere.
 - o 80% van de kosten vallen onder 5 grote categorieën van werkingskosten: het vervoer eist 32% op; het onthaal 23%; de coördinatie 12%, het gebouw 7% en de administratie 6%.
- Gemiddeld draait een HAWP op jaarbasis op 70 huisartsen. Hij verzorgt 1.495 bezoeken en 4.402 raadplegingen, met een zeer klein aantal nachtelijke interventies.
 - o Het gemiddelde aantal raadplegingen per nacht is 2,4 en het gemiddelde aantal huisbezoeken per nacht is 1,23.
 - o 64% van de HAWP hebben minder dan 100 interacties per dag per 100.000 inwoners.
- De gemiddelde kostprijs van een raadpleging schommelt volgens de grootte van de HAWP maar bedraagt 24,86 euro. Het huisbezoek kost gemiddeld 72,94 euro.
- Wat het vervoer aangaat:
 - o In 61% van de gevallen wordt het vervoer toevertrouwd aan een externe firma. In deze hypothese is de gemiddelde vervoerskostprijs per huisbezoek € 74,91
 - o In 15% van de gevallen rijdt de HA zelf met zijn/haar eigen wagen. In deze hypothese is de gemiddelde vervoerskostprijs per huisbezoek € 10,46
 - o In 14% van de gevallen is er een eigen chauffeur met huurwagen. In deze hypothese is de gemiddelde vervoerskostprijs per huisbezoek € 48,70
 - o In 5% van de gevallen is er een eigen chauffeur met de wagen van de wachtpost. In deze hypothese is de gemiddelde vervoerskostprijs per huisbezoek € 44,48
 - o In 5% van de gevallen is er geen vervoer.

⁶ We hebben dit dossier al aangesneden in het activiteitenverslag van 2016.

- De bevolkingsdichtheid heeft nagenoeg geen voorspellende waarde omtrent de totale exploitatiekosten van een HAWP. Alleen het aantal contacten op jaarbasis heeft een (bescheiden) voorspellende waarde omtrent de totale werkingskosten van een wachtpost.
- Afhankelijk van het activiteitsvolume kunnen de wachtposten worden verdeeld over drie categorieën: klein (max. 5.000 interventies/jaar), gemiddeld (5.000 à 10.000 contacten) en groot (minstens 10.000 contacten/jaar).

Als gevolg van de audit werd aan de NCAZ gevraagd om een structureel en toekomstgericht kader te voorzien voor de organisatie, de werking, de akkoorden met de spoeddiensten en de financiering van de huisartsenwachtposten.

II. Het “Nieuwe Beleid” van minister De Block

“Nieuw beleid”, dát was de context waarin minister De Block eind 2017 een conceptnota omtrent haar “Hervorming huisartsenwachtposten”⁷ publiceerde. Wat moeten we hiervan onthouden?

De HAWP ontstonden oorspronkelijk als lokale proefprojecten ter verbetering van de werkvoorwaarden voor de huisartsen. Intussen zijn we geëvolueerd naar een toestand waarbij in 2014 in Vlaanderen 53% van de bevolking kon rekenen op een HAWP, in Wallonië 76% en in Brussel 100%. Het doel is over een periode van 4 jaar het gebruik van de HAWP te veralgemenen in het kader van een systeem van niet-planbare zorg, en dit in het hele land.

Het is aangewezen een HAWP-model te definiëren⁸, en dit zowel op basis van de interne organisatie als op basis van de locatie waar de wachtpost wordt opgericht evenals de samenwerking met andere wachtposten. Hiertoe zal een reglementair kader worden uitgewerkt.

Ook de financiering van het systeem wordt herzien, met de precisering dat dit niet mag leiden tot verhoging van het remgeld.

Elke wachtpost dekt een werkingsgebied van minstens 100.000 inwoners. Het is mogelijk hiervan af te wijken indien het onmogelijk blijkt te zijn bediend te worden door een wachtpost in de nabijheid en/of indien het activiteitscijfer als voldoende wordt beoordeeld voor het gebied in kwestie. Er moet worden gestreefd naar een verplaatsingstijd voor de patiënt van maximaal 45 minuten naar de wachtpost.

⁷ We presenteren u hier de nota in haar versie van februari 2018.

⁸ Het Nationaal akkoord artsen-ziekenfondsen 2016-2017 geeft een eerste aanzet voor de standaardisering via de definiëring van vier voorwaarden waaraan de nieuwe projecten moeten voldoen:

- De voorlegging van een afsprakenplan tussen de huisartsenwachtposten en de spoeddiensten in verband met de organisatie van de zorg, de verwijzing, de communicatie en de dienstverlening. Tegen 31 december 2017 zullen alle huisartsenwachtposten over een afsprakenplan moeten beschikken;
- De openingstijden: in principe minstens 61 uren (volledig weekend van vrijdagavond tot maandagochtend);
- Voldoende territoriale en populatiedekking (minimumdrempel). Standaard wordt uitgegaan van een minimumpopulatie van 100.000 inwoners;
- Kosten in overeenstemming met de nieuwe regels inzake standaardisering.

De volgende punten worden daarna geconcretiseerd in het Nationaal akkoord artsen-ziekenfondsen 2018-2019:

- De wachtdienst moet worden uitgeoefend in het kader van samenwerkingsverbanden die zich richten tot een bevolkingsgroep van minimum 300.000 mensen.
- Elke wachtpost zal functioneren in een samenwerkingsverband dat ten minste drie wachtposten omvat.
- Het eenvormige oproepnummer 1733 behandelt de oproepen voor de wachtpost.

De wachtposten moeten voor zover mogelijk gevestigd worden op een ziekenhuiscampus met spoeddienst en bij voorkeur met een gemeenschappelijke ingang, ook al blijven de spoedarts en de huisarts autonoom werken. Het model van de wachtpost buiten een ziekenhuiscampus kan in stand gehouden blijven in het geval dat een spoeddienst geografisch te ver verwijderd is voor het werkingsgebied van de HAWP.

Met het oog op efficiëntie op het niveau van gebruik en toewijzing van middelen zullen samenwerkingsverbanden van ten minste drie wachtposten gecreëerd worden, met als opdracht de organisatie van de werking van de wachtpost en van de mobiele wacht in het bedoelde werkgebied te optimaliseren. Via het reglementair kader zal worden bepaald dat de wachtdienst⁹ moet worden uitgeoefend in het kader van samenwerkingsverbanden, bedoeld voor een populatie van 300.000 inwoners. Minstens één van de wachtposten binnen het samenwerkingsverband dient naast een ziekenhuis gevestigd te zijn. Bepaalde taken worden overgedragen op het niveau van het samenwerkingsverband, bijv. de organisatie van diensten (wacht ter plaatse en mobiele wacht), de aankondiging van de wachtdienst en de afspraken met de spoeddiensten, de 1733-centrales enz. Dit kan ook andere schaalvoordelen opleveren (groepering van het onthaalpersoneel, boekhouding, administratie, logistieke organisatie enz.). Voor elk samenwerkingsverband tussen wachtdiensten zorgt een coördinator van dat samenwerkingsverband voor de organisatorische sturing en voor de coördinatie van de werking van de wachtposten in het betrokken gebied.

De openingsuren van de HAWP zullen eenvormig zijn voor het hele grondgebied. Gezien de beperkte nachtelijke activiteit wenst minister De Block de verplichte nachtelijke opening niet langer als algemeen principe te handhaven. De 'fysieke' nachtelijke openingsuren van een wachtpost kunnen beperkt worden, maar de dienstverlening binnen het samenwerkingsverband moet gewaarborgd blijven voor de volledige duur van de wachtperiode. Met andere woorden: minstens 1 wachtpost per samenwerkingsverband van wachtposten moet geopend blijven. Dit impliceert een risico dat de trajecttijd niet gerespecteerd kan worden. Dit kan worden opgelost door een tweede wachtpost geopend te houden.

In 2015 bedroeg de totale kostprijs van het vervoer 5.581.034,93 euro. De groepering van de wachtposten creëert de mogelijkheid om het vervoer op een grotere schaal te organiseren. De verruiming van het werkingsgebied zal bijdragen tot optimalisering van de organisatie van het vervoer. Elk samenwerkingsverband moet over minstens 1 mobiele wacht beschikken en bepaalt zelf hoe de wachttol van de mobiele wacht wordt geconcretiseerd. Een niet-mobiele patiënt moet binnen de 12 uur een beroep kunnen doen op de mobiele wacht; in dringende gevallen moet de mobiele wacht binnen het uur ter plaatse kunnen zijn.

In een eerste fase zal de klemtoon liggen op de hervorming van het wachtpostensysteem tijdens de weekends. Zodra dit goed en wel zal werken, kan meteen een kader worden ontwikkeld om de toepassing hiervan te verruimen tot de nachten in de week.

Er zal een eenvormig registratiesysteem worden ingevoerd. Dit zal steunen op bepaalde kwaliteitsindicatoren die nog gedefinieerd moeten worden.

⁹ Het concept "huisartsenwachtdienst" wordt in het KB van 08/07/2002 "tot vaststelling van de opdrachten verleend aan huisartsenkringen" gedefinieerd als "een uitgewerkt beurtroolsysteem dat regelmatige en normale verstrekking van huisartsgeneeskundige zorgen aan de bevolking garandeert en dat wordt beheerd door praktijkvoerende artsen binnen de huisartsenzone". Deze huisartsenzone wordt dan weer gedefinieerd als een aaneengesloten geografisch gebied van één of meerdere gemeenten - of deel van een gemeente in de grote agglomeraties van Antwerpen, Charleroi, Gent en Luik - dat tot het werkgebied van een huisartsenkring behoort. Artikel 4 van dit genoemde KB preciseert dat de huisartsenkring één huisartsenwachtdienst organiseert binnen de gehele huisartsenzone. Deze huisartsenwachtdienst kan bestaan uit meerdere onderdelen om samen één huisartsenwachtdienst voor de gehele huisartsenzone te vormen.

Het nieuwe beleid beoogt een gestandaardiseerde werking van de wachtposten evenals een transparant financieel kader om deze werking te financieren. De wijzigingen aan het financieringssysteem zullen in 2018 van kracht worden.

In de toekomst zal de HAWP enkel nog ter plaatse of telefonisch via het nummer 1733 bereikbaar zijn. Het doel van de 1733 is de burger die niet-gespecialiseerde en niet-geplande zorg nodig heeft, te verwijzen naar de juiste zorgverlener op het juiste moment. De toegang tot de 1733 wordt georganiseerd op een soortgelijke, complementaire wijze als het 112-systeem, en in synergie hiermee. De wachtdienst kan toetreden tot het eenvormige 1733-systeem op voorwaarde dat de wachtdienst van de zone in kwestie georganiseerd is volgens het nieuwe model. De 1733 wordt vanaf juli 2018 als operationeel aangekondigd. Tegen 2020 moet het 1733-systeem progressief operationeel worden in het hele land, parallel met de uitrol van het nieuwe organisatie- en financieringsmodel voor de huisartsenwachtdienst.

2. Waals niveau

i. Invoering van een kadaster van Waalse Huisartsen (HA)

Begin 2017 gaf het AViQ (Agence pour une Vie de Qualité - 'agentschap voor kwaliteitsvol leven' binnen de Waalse overheidsdienst 'gezin, gezondheid en welzijn, handicap') aan het 'Observatoire wallon de la santé' ('Waals observatorium voor de gezondheid') de opdracht het kadaster van de Waalse huisartsengeneeskunde op te stellen op basis van de inlichtingen van 2016. AViQ nodigde vervolgens de ABSyM-BVAS uit voor een bespreking van de invoering van dit kadaster.

Tot dan waren de RIZIV-gegevens niet noodzakelijk significant vermits het RIZIV niet altijd over de geactualiseerde professionele adressen van de artsen beschikt (of enkel over hun thuisadressen).

Het Observatoire besliste daarom een HA-kadaster te realiseren op basis van de adressen van de kabinetten waar de artsen hun beroep uitoefenen. Het kadaster beperkt zich overigens tot de artsen die actief zijn als huisarts¹⁰ en houdt hierbij rekening met hun activiteitsgraad op basis van hun aangifte (voltijds of deeltijds), niet op basis van de activiteit (nomenclatuurcodes). Dit maakt het mogelijk de resultaten te herbekijken in voltijdse equivalenten (vte's). Om deze informatie te verkrijgen, hebben de onderzoekers de HA-kringen bezocht.

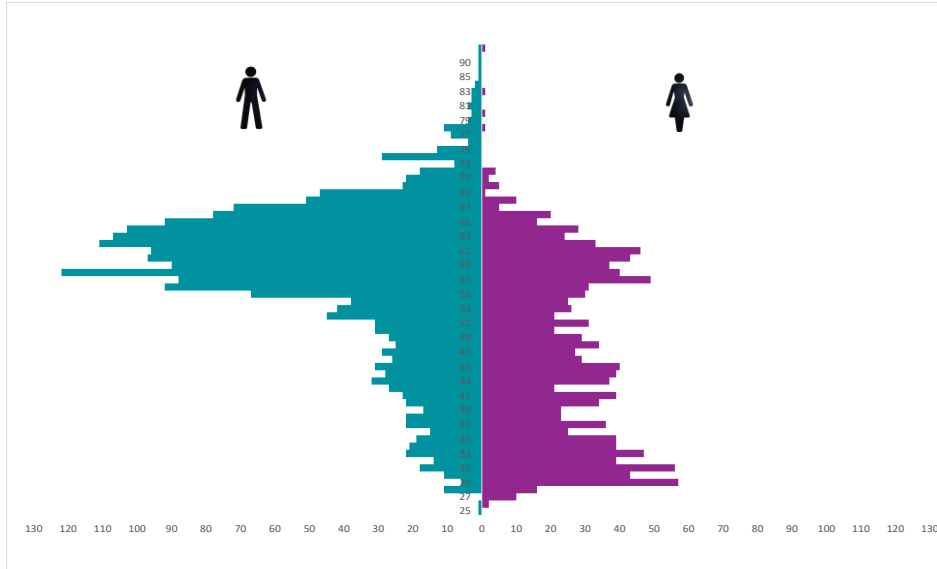
Enkele maanden later was de inventarisering afgerond zodat we de toestand van de huisartsenij in Wallonië (zonder de Duitstalige Gemeenschap) kunnen evalueren. Wat onthouden we hiervan?

- ❖ **In 2016 waren er 3.467 HA's actief in het Waals Gewest.** Luik is de drukst bezette gemeente met meer dan 200 HA's. Het omgekeerde vinden we 20 minuten verderop: Berloz telt geen enkele HA.
- ❖ Ongeveer **60%** van deze 3.467 HA's zijn **mannen**. Zij zijn gemiddeld bijna 57 jaar oud. De **dames** zijn globaal jonger, met een gemiddelde van 46 jaar. De gemiddelde leeftijd verschilt weinig volgens de provincies: de huisartsen in Waals-Brabant zijn iets ouder; in Luxemburg

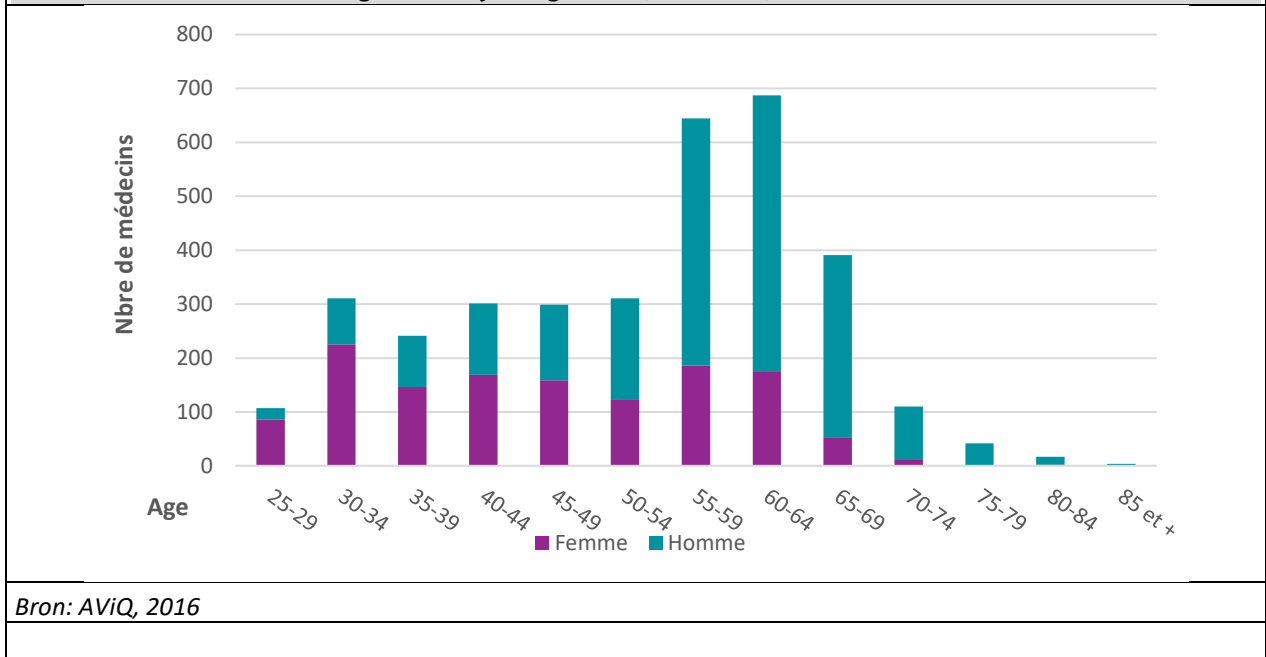
¹⁰ In deze berekeningen wordt geen rekening gehouden met de HA's in opleiding, de gepensioneerde of geschrapte HA's, de HA's die voltijds een andere medicinale activiteit dan de huisartsenij beoefenen (voeding, , acupunctuur, homeopathie, ...) en de HA's die in 2016 in loopbaanonderbreking waren.

zijn ze iets jonger. In het algemeen zijn in het Waals Gewest **iets meer dan 60% van de HA's 50 jaar of ouder** (van wie ongeveer 13% ouder dan 65 jaar).

FIGUUR 1. LEEFTIJDPIRAMIDE VAN DE ACTIEVE HUISARTSEN, WAALS GEWEST, 2016



Aantal actieve huisartsen volgens leeftijd en geslacht, Wallonië, 2016



- ❖ Overigens: 25 jaar geleden telde men bij het afstuderen in de huisartsengeneeskunde 3 keer meer mannen dan vrouwen. Vandaag tellen we in de leeftijdscategorie 25-29 jaar **4 keer meer vrouwelijke** dan mannelijke artsen die de huisartsenij beoefenen in Wallonië.

De verdeling van de HA's volgens geslacht verschilt sterk per provincie. In Waals-Brabant noteren we een 50-50 verdeling tussen mannelijke en vrouwelijke HA's, terwijl Henegouwen 65% mannen en slechts 35% vrouwen telt.

- ❖ De HA's werken gemiddeld bijna **9 halve dagen per week**. De **dames** blijven **lichtjes onder 9 halve dagen**, de mannen iets erboven.

Alle HA's zijn wettelijk verplicht om mee te werken aan de wachtdiensten. Sommige artsen zijn echter vrijgesteld van actieve deelname aan de wachtrol, gezien hun leeftijd of om medische redenen. Op basis van de ingezamelde gegevens blijkt dat **81% van al deze Waalse HA's actief deelnemen aan de wachtdiensten**. De dames zijn op dit punt meer toegewijd dan de mannen.

- ❖ Abstractie gemaakt van de provincie Luxemburg (waar deze gegevens niet werden meegedeeld) hebben 170 HA's jonger dan 30 jaar zich tussen 2011 en 2016 gevestigd, van wie bijna 80% vrouwen.

- ❖ **Herbekijken we de situatie, rekening houdend met de gepresteerde 'timat'** en met telling in vte's (vanuit het principe dat één vte overeenstemt met wekelijks tien halve dagen beoefening van de medische praktijk), **dan zou Wallonië in werkelijkheid slechts 3.160 vte-HA's tellen.**

Opgelet echter: vermits de ingezamelde gegevens niet het exacte aantal patiëntcontacten betreffen, en zelfs evenmin de verdeling tussen raadplegingen en bezoeken, en evenmin de uren die men besteedt aan administratieve taken, is dit geen exacte weerspiegeling van het reële aantal gepresteerde uren per dag.

- ❖ **Indien men de toestand vanuit een globaal standpunt bekijkt**, is de dichtheid van actieve HA's hoger dan de grens van 90 HA's per 100.000 inwoners¹¹ en kan men dus **niet spreken**

¹¹ **Om te bepalen in welke Waalse gemeenten er een HA-tekort is**, zijn de redacteurs uitgegaan van de criteria die worden gebruikt in het kader van de IMPULSEO-hulp (vestigingspremie, Art.4 van het KB van 23.03.2012 tot oprichting van een Impulsfonds voor de huisartsengeneeskunde en tot vaststelling van de werkingsregels ervan). Er worden derhalve twee situaties als referentie genomen:

- Ofwel een huisartsenzone met minder dan 90 HA's voor 100.000 inwoners.
- Ofwel een huisartsenzone met minder dan 125 inwoners per km² en minder dan 120 HA's voor 100.000 inwoners.

De dichtheidscriteria gelden per territorium dat wordt bediend door een HA-kring (en niet per gemeente). Indien één van beide criteria wordt bereikt voor een kring, komen de vestigingen in alle gemeenten die deze kring vormen, in aanmerking voor de premie.

Wat Impulseo aangaat, onthouden we dat:

- Deze voorziening als gevolg van de zesde Staatshervorming werd **overgedragen aan de gefedereerde entiteiten**, vanaf 1 juli 2014. Tijdens een overgangperiode, en op verzoek van het Waals Gewest, heeft het Participatiefonds de verwerking en de opvolging van de Impulseo-dossiers voortgezet (cf. vragen 2014, 2015, 2016). De samenwerking die hiertoe was opgezet tussen AVIQ en het Fonds, is definitief gestaakt op 30 juni 2017. Sindsdien worden alle vragen met betrekking tot dit dossier uitsluitend door AVIQ behandeld.
- Overigens geldt sinds eind september 2017 een **Besluit van de Waalse regering van 20 juli 2017 tot wijziging van het KB van 23.03.2012 tot oprichting van een Impulsfonds** voor de huisartsengeneeskunde en tot vaststelling van de werkingsregels ervan. Te onthouden wijzigingen:
 - Voortaan geldt als eerste vestiging, een vestiging in de eerste 5 jaar (in plaats van 4 jaar) na de verwerving van de erkenning als huisarts, of na de terugkeer uit een ontwikkelingsland.
 - Wettelijke concretisering van de opheffing van de renteloze lening van 15.000 euro

van een schaarste in Wallonië. Nochtans blijft de dichtheid aan vte-HA's, in termen van voltijdse equivalenten, in Wallonië licht onder de 90 per 100.000 inwoners. Volgens deze berekeningswijze kan men stellen dat er in het Waals Gewest een tekort aan HA's is.

Op deze basis kunnen we 119 Waalse gemeenten¹² met een HA-tekort inventariseren (nl. een dichtheid van minder dan 90 vte HA's per 100.000 inwoners). In 8 gemeenten zijn er zelfs minder dan 50 huisartsen (vte's) voor 100.000 inwoners; hier geldt dus een ernstig tekort¹³.

Dit bevestigt de nuance die de BVAS telkens benadrukt wanneer de kwestie van een huisartsentekort ter sprake komt: dit probleem kan niet globaal behandeld worden, omdat het gekoppeld is aan de tijd, de gemeenten en de disciplines. Het is ook belangrijk voor ogen te houden dat - zoals het Waals kadaster aantoonde - identieke cijfers, op een andere manier gepresenteerd, tot tegengestelde conclusies kunnen leiden indien men verzuimt ze in hun juiste context te plaatsen.

-
- Wettelijke concretisering van de toewijzing van een premie van 20.000 euro voor een nieuwe installatie van een HA met een individuele praktijk of als groep in een zone met een HA-tekort. Deze premie kan tot 25.000 euro oplopen indien er sprake is van een nijpend tekort (nauwkeuriger criteria in de tekst, artikel 4)
 - Voortaan moeten aanvragen voor een tussenkomst Impulso II of III (hulp voor telesecretariaat en administratief bediende) ingediend worden vóór 31 mei van het jaar dat volgt op de onkosten, in plaats van vóór 30 juni.
 - Invoeging van artikel 22/1 dat de mogelijkheid van begeleiding door de ondersteuningsstructuur voorziet bij Impulso I.
- **Wat het project Assisteo betreft** (dat als doelstelling had de artsen een soort praktijkassistent "aan te bieden" als hulp bij klinische taken en dat werd herdoopt tot project CoMIng of "Collaboration Médecins et Infirmiers généralistes"), kon in 2017 enkel het overheidsproject worden toegewezen aan het consortium ULg-UCL met het oog op installatie van het onderzoeks- en actieproject in dit dossier, naast de lancering van de kandidatuuroproep. Aan het eind van het jaar vernamen we dat 6 projecten werden geselecteerd die gespreid zijn tot einde 2018.

¹² Dit is iets meer dan 45% van de Waalse gemeenten. In een persbericht van medio oktober 2017 riep de BVAS de universiteiten op om minstens 40% van de studenten te laten afstuderen als HA in plaats van meer specialisten af te leveren.

¹³ Tegenover deze vaststelling lanceert de gewestminister voor gezondheid, René Collin, een projectoproep, gefinancierd voor 2 miljoen euro, om gemeenten met een HA-tekort te steunen in hun inspanning om in het teken van de pluridisciplinariteit een geschikte verblijfplaats én een plaats voor beroepsuitoefening te vinden. De dossiers die geselecteerd zullen worden, mogen zich beroepen op een tussenkomst van maximaal 100.000 euro voor elk van beide krachtlijnen, zowel voor de bouw als voor aankoop of voor renovatie van gebouwen.

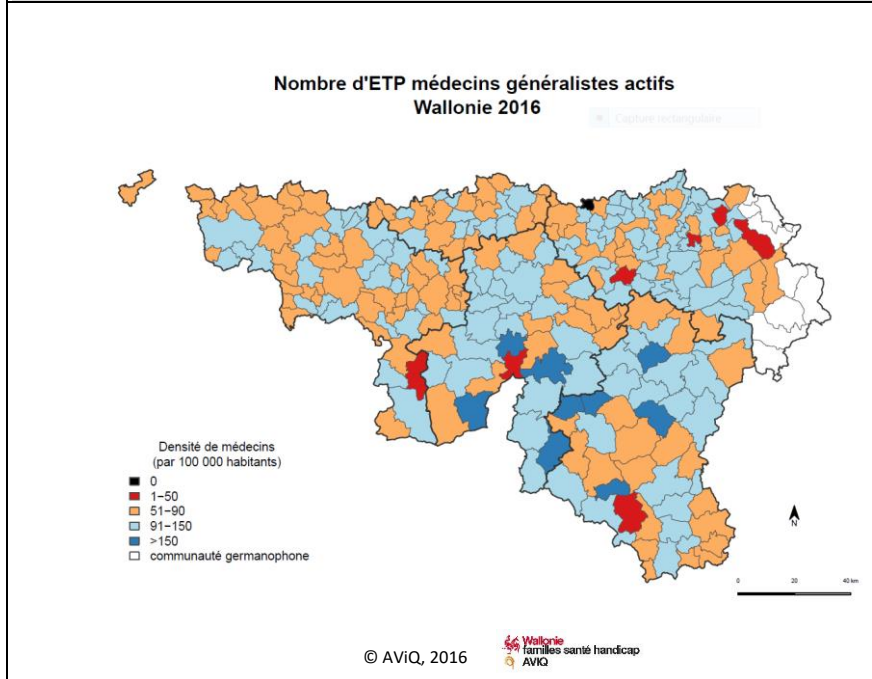
De 1e krachtlijn beoogt ondersteuning van de gemeenten in de oprichting van "springplankverblijven", voorbehouden voor medisch assistenten evenals voor HA's. Het principe van deze woongelegenheden die aan gemeente toebehoren, is om ze ter beschikking te stellen aan jonge gezinnen van de entiteit, tegen een democratische prijs, met een jaarlijks verlengbaar huurcontract. Omgezet naar het medische domein, kan dit de duurzame vestiging van een HA-opvolger vergemakkelijken.

De 2e krachtlijn beoogt de gemeenten die ondersteuning krijgen om landelijke kabinetten te creëren. Ook hier gaat het om gemeentelijke infrastructuren die tegen een matige prijs te huur worden aangeboden aan jonge of nieuwe HA's of zelfs HA's die reeds actief zijn in de entiteit maar die een (mono- of multidisciplinaire) groepspraktijk wensen te ontwikkelen. Projecten voor een individuele praktijk worden echter niet radicaal uitgesloten.

De projecten worden ingediend tot 12.01.2018. De kandidaten zullen tegen 30 april 2018 worden ingelicht over al dan niet selectie van hun dossier. Zij krijgen dan 24 maanden om de werken aan te besteden.

De jury houdt bij de keuze vooral rekening met de ernst van het tekort in de gemeente, de geschiktheid van het project voor de behoeften van de burgers en de snelheid waarmee het kan worden uitgevoerd. De geïnteresseerde gemeenten moeten de reeds gelanceerde initiatieven met het oog op het HA-tekort vermelden.

Medische dichtheid per gemeente in aantal voltijdse equivalenten van actieve huisartsen per 100.000 inwoners, Wallonië 2016



25

ii. Franstalig college van Huisartsengeneeskunde

In 2017 werden de vergaderingen van het 'Collège francophone de Médecine Générale' (Franstalig HA-college) voortgezet.

Het was tot vandaag echter nog niet mogelijk om deze overlegmomenten tussen de syndicale en wetenschappelijke wereld en de kringen juridisch in een vzw te gieten. De verschillende protagonisten verwijten de BVAS immers haar DNA, namelijk *alle* artsen (huisartsen en specialisten) te willen verenigen in plaats van alleen de huisartsen.

Dit heeft de betrokkenen echter niet verhinderd om diverse gezamenlijke persberichten op te stellen. Wij onthouden vooral dit omtrent de **communicatie van de gegevens met betrekking tot de zorgtrajecten**.

De HA's kregen eind oktober 2017 van het RIZIV te horen dat zij de gegevens¹⁴ over hun patiënten die worden gevolgd voor diabetes en/of nierfalen, tegen 31.12.2017 moesten meedelen in een zogeheten zorgtraject-overeenkomst.

¹⁴ Het betreft de volgende gegevens:

- Geboortedatum, geslacht en woonplaats
- Begindatum van het zorgtraject
- Voor het zorgtraject diabetes type 2:
 - o Gewicht, grootte, systolische en diastolische bloeddruk
 - o Laborestaten: HbA1c, LDL-cholesterol

Een dergelijke gegevensinzameling heeft vier jaar geleden reeds plaatsgevonden. De bedoeling is een wetenschappelijke evaluatie van de zorgtrajecten. De overheden willen op basis van de ingezamelde gegevens een globale analyse maken om te bepalen of patiënten in een zorgtraject hier al dan niet voordeel uit halen in vergelijking met de rest van de bevolking. Elke arts zal daarna een individuele feedback krijgen waarmee hij/zij zichzelf kan situeren tegenover zijn/haar confraters.

Het WIV zal daarna een reeks gegevens analyseren van de patiënten die voor eind september 2016 zijn ingestapt in een zorgtraject en op 1 oktober 2017 nog actief zijn.

Merk op dat de zorgtrajectovereenkomst die bepaalde voordelen oplevert, zoals het verkrijgen van materiaal naast een betere terugbetaling van raadplegingen, bepaalt dat de patiënt zich ertoe verbindt om de overdracht van zijn medische gegevens toe te staan¹⁵.

Voor de overdracht van de gegevens van 2017 werd een nieuwe webapplicatie ontwikkeld door het platform Healthdata.be. De gegevens kunnen automatisch uit het GMD gehaald worden als dit de HD4PrC-applicatie integreert; anders moeten ze manueel worden ingevoerd via deze applicatie. Er wordt zonder medeweten van de HA echter geen enkel gegeven uit het GMD gehaald. De HA ontvangt hiervoor geen enkele vergoeding.

In de beide gevallen - precies dát vormde een probleem voor de leden van het HA-College - worden de gegevens gepseudonimiseerd en niet geanonimiseerd door het Healthdata-platform. "Anonimisering" is nochtans de gebruikte term in de zorgtrajectovereenkomst. Het College vreesde dat deze toepassingsvoorwaarden toch nog mogelijkheden openlaten om het medisch geheim te schenden.

Daarom heeft het College de huisartsen met klem aangeraden om de verzending van de gegevens inzake de zorgtrajecten uit te stellen in afwachting van meer garanties inzake de bescherming van het medisch geheim.

Eind november vond in dit verband een vergadering plaats bij de NCAZ. Na deze vergadering¹⁶ deelde het College (zonder SSMG) via persbericht mee dat het tijdens deze vergadering voldoende veiligheids garanties had gekregen en dat het consigne om de gegevens niet door te sturen, werd opgeheven¹⁷.

-
- Voor het zorgtraject chronisch nierfalen:
 - o Bloeddruk en al dan niet diabetes
 - o Laboresultaten: hemoglobine, eGFR en creatinine

¹⁵ "Bovendien geef ik mijn huisarts de toestemming om de volgende geanonimiseerde gegevens die op mij betrekking hebben (...) over te maken aan het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid."

¹⁶ De NCAZ preciseert dat het sectorcomité van 16 mei 2017 toestemming geeft voor overdracht van persoonsgegevens, door de HA's aan het WIV via het Healthdata-platform, voor de evaluatie van de zorgtrajecten. De gegevens worden in het kader van Healthdata overigens overgedragen via de eHealthbox. De HA stuurt de gecodeerde gegevens van zijn GMD via de eHealthbox van het eHealth-platform. Daarna gaan ze in de vorm van een 2e gegevensinvoer naar het Healthdata-platform. Deze gecodeerde gegevens worden vervolgens ter beschikking gesteld aan de WIV-onderzoekers. Als zij verduidelijking van de behandelende arts nodig hebben, sturen ze de versleutelde gegevens via eHealth terug; ze worden ontcijferd via HD4PrC; de HA maakt verbinding ermee, corrigeert de gegevens en stuurt ze terug. Alleen de HA's hebben toegang tot de door hen geregistreerde niet-gecodeerde en niet-bijgevoegde persoonsgegevens. De WIV-analisten ontvangen toegang tot de persoonsgegevens, maar dan gecodeerd. Het grote publiek en de politici ontvangen enkel gebundelde gegevens, in de vorm van een rapport.

¹⁷ Na een verlenging van de termijnen hebben de HA's uiteindelijk tijd tot 14.02.2018 om dit te versturen.

3. Brussels niveau

IRISCARE

De ordonnantie van 23 maart 2017 heeft de bicommunautaire Gezondheidsdienst (hierna "IRISCARE") opgericht.

Dit organisme van openbaar nut met rechtspersoonlijkheid zal instaan voor materies die vooral te maken hebben met de overdracht van bevoegdheden van het federale niveau naar de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC) van het Brussels hoofdstedeleijk gewest, als gevolg van de 6^{de} staatshervorming.

De materies die tot de bevoegdheid van dit organisme behoren, betreffen diverse domeinen met betrekking tot gezondheid of bijstand aan personen.

Juridisch bestaat IRISCARE nu in Brussel, maar er moeten nog uitvoeringsbesluiten komen opdat dit organisme van openbaar nut zijn bevoegdheden effectief kan uitoefenen.

Samenstelling en bevoegdheden

IRISCARE wordt georganiseerd volgens een model dat aanleunt bij dat van het RIZIV. Het zal bestaan uit drie organen: het Algemeen Beheerscomité, de Beheerraad voor Gezondheid en Bijstand aan Personen, en de Beheerraad voor Gezinsbijslag. Deze organen zullen paritair worden samengesteld tussen vertegenwoordigers van de vakbondsorganisatie en werkgevers en vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen, de zorgverstrekkers, de kinderbijslagfondsen en de gezinsorganisaties.

Het Algemeen Beheerscomité beschikt over alle bevoegdheden die vereist zijn voor het algemeen bestuur van IRISCARE. Het overkoepelt alles en ziet toe op de naleving van de beheersovereenkomst, goed gebruik van de begroting evenals diverse aspecten van het beheer van de organisatie.

Het zal bestaan uit:

- vijf vertegenwoordigers van de representatieve werkgevers- en zelfstandigenorganisaties op interprofessioneel niveau;
- vijf vertegenwoordigers van de representatieve werknemersorganisaties op interprofessioneel niveau;
- vijf vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen, waaronder de landsbonden van de ziekenfondsen;
- vijf vertegenwoordigers van de zorgverstrekkers, waarvan minstens een vertegenwoordiger van de OCMW's die niet over een mandaat in een raad van het maatschappelijk welzijn beschikt, en minstens een vertegenwoordiger van de beheerders van zorginstellingen;
- vijf vertegenwoordigers van het Verenigd College bij de vastlegging van de opdrachtenbegroting en van de rekeningen voor de opdrachten van de Dienst;
- drie vertegenwoordigers van de gezinsorganisaties;
- drie vertegenwoordigers van de kinderbijslagfondsen.

Alleen de leden van de eerste twee categorieën zijn stemgerechtigd.

De Beheerraad voor Gezondheid en Bijstand aan Personen zal meer bepaald de oriënteringen bepalen voor het algemeen beleid inzake gezondheid en bijstand aan personen.

Deze beheerraad bestaat, naast zijn voorzitter en ondervoorzitter, uit:

- drie leden die alle representatieve werkgevers- en zelfstandigenorganisaties vertegenwoordigen;
- drie leden die alle representatieve werknemersorganisaties vertegenwoordigen;
- zeven leden die de verzekeringsinstellingen vertegenwoordigen;
- zeven leden die de zorgverstrekkers vertegenwoordigen, waaronder minstens één vertegenwoordiger van de beheerders van zorginstellingen en één vertegenwoordiger van de OCMW's die niet over een mandaat in een raad van het maatschappelijk welzijn beschikken. Deze beheerraad heeft meer bepaald als opdracht de oriënteringen te bepalen voor het algemeen beleid inzake gezondheid en bijstand aan personen.

Tot slot is er de Beheerraad voor Gezinsbijslag met vooral als opdracht de oriënteringen te bepalen voor het algemeen beleid inzake gezinsbijslag.

Naast deze drie organen zijn er ook vier Technische Commissies voorzien: "Opvang van afhankelijkheid", "Geestelijke gezondheidszorg", "Preventie en eerstelijnszorg" en "Personen met een handicap".

Deze verschillende organen worden samengesteld voor een periode van vijf jaar, op basis van spreiding over twee taalgroepen (Frans-Nederlands) en geslacht (man-vrouw) met hoogstens twee derde van hetzelfde geslacht. Het Verenigd College benoemt de voorzitter en de ondervoorzitter. Wat de leden van de diverse organen aangaat: deze zullen worden benoemd door het Verenigd College, op basis van lijsten die worden ingediend door een reeks representatieve organisaties, opgesteld door het Verenigd College.

4. Vlaams niveau

I. Impulseo

Wat de huisartsgeneeskunde betreft, zorgt het Impulsfonds voor een vestigingspremie, een lening of een (tele)secretariaatsondersteuning. Het onderzoek naar de werking van het Impulsfonds¹⁸ toonde aan dat:

- het Impulsfonds ruim gebruikt werd door de huisartsen: meer dan de helft van de Vlaamse huisartsen maakt gebruik van de secretariaatsondersteuning.
- elke huisarts is zeer positief over de ondersteuning die hij ontvangt (of dit nu een premie, een lening of een secretariaatsondersteuning is).
- het Impulsfonds een wezenlijke bijdrage geleverd heeft aan de professionalisering van de werking van de huisartsen ongeacht de praktijkvorm.
- het Impulsfonds een aanzet geweest is om anders te gaan denken over manieren van praktijkvoering.
- de vestigingspremie is geen doorslaggevend argument om zich op een bepaalde plaats te vestigen. Impulseo heeft geen effect op de huisartsendichtheid.
- De steunpunten werden als een belangrijke meerwaarde ervaren.

¹⁸ Van Roy, K., Peersman, W., De Lepeleire, J., Mamouris, P., De Sutter, A., De Maeseneer, J. & Goderis, G. (2017). Evaluatie Impulsfonds – rapport. UGent en KULeuven.

Volgende aanbevelingen werden gemaakt:

1. Blijvend inzetten op de waardering van huisartsen en de erkenning van hun noden.
2. De hoofddoelstelling van de ondersteuning moet gericht blijven op het garanderen van toegankelijkheid van de eerstelijnsgezondheidszorg door een goede spreiding van het aanbod en aandacht voor sociaal kwetsbare groepen.
3. De criteria voor het bepalen van huisartsenarme of prioritaire zones dienen meer verfijnd en gedifferentieerd te worden.
4. Ondersteuning van praktijkvoering op de eerste lijn wordt best uitgebreid van (tele)secretariaatsondersteuning naar andere disciplines binnen de praktijk (praktijkassistentie, maatschappelijk werk, verpleegkunde, etc.).
5. Meer inzetten op stimulering en ondersteuning van samenwerking (multidisciplinair werken).
6. De mogelijkheid tot evaluatie moet van bij de opzet meegenomen worden.

Deze aanbevelingen kunnen worden omgezet door (een beperkt deel van de middelen van) het Impulsfonds differentieel aan te wenden. Dit bedraagt in 2017 in totaal 14.786.000 euro. In afwachting van de uitwerking van onderstaande acties in samenspraak met de huisartsen, zal de huidige werking van het Impulsfonds worden voortgezet.

29

Acties:

In samenwerking met de koepelorganisaties van de (huis)artsen en het Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn:

- worden de voorwaarden voor het bepalen van de prioritaire zones i.k.v. het Impulsfonds herbekeken o.b.v. sociaal-demografische en sociaal-economische factoren;
- wordt voor de vestiging in prioritaire zones onderzocht of en hoe de bestaande instrumenten en incentives (VIPA-ondersteuning en impulspremie) kunnen worden geharmoniseerd, geoptimaliseerd en verder aangewend binnen de eerste lijn
- worden de mogelijkheden en voorwaarden nagegaan om de huidige tegemoetkoming voor administratieve ondersteuning uit te breiden naar andere disciplines in de praktijk en dit met het oog op het mogelijk maken van meer geïntegreerde zorg en interdisciplinaire samenwerking. Dit zal gebeuren binnen de budgettaire mogelijkheden.

II. Hervorming van de eerste lijn in Vlaanderen

In Vlaanderen worden eerstelijnszones ontwikkeld om de multidisciplinaire en intersectorale samenwerking op praktijkniveau te ondersteunen. De eerstelijnszone is de geografische omschrijving van een gebied van 75.000 à 125.000 inwoners, aangestuurd door een Zorgraad.

Begin juli 2017 werd een oproep voor de vorming van een eerstelijnszone verspreid naar het brede werkveld van de eerste lijn in Vlaanderen. Zorg en Gezondheid ontving 55 aanvragen voor een eerstelijnszone, waarvan 53 aanvragen werden weerhouden.

Het is de bedoeling dat meerdere eerstelijnszones passen in een regionale zorgzone (400.000 inwoners). De regionale zorgzones vallen idealiter samen met de klinische netwerken van ziekenhuizen uit een regio, zoals ze worden opgevat door de federale overheid. Op die manier kan de regionale zorgzone het platform worden waar eerstelijnszorg en specialistische zorg elkaar ontmoeten en samenwerken.

Een Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn zal opgericht worden. In zo'n instituut kan de nodige kennis en expertise worden samengebracht die de brede eerste lijn kan ondersteunen. Het samenwerkingsplatform voor de eerste lijn zal opgaan in de werking van het Vlaams Instituut.

Hoofdstuk III. De ziekenhuishervorming¹⁹

1. De hervorming van de ziekenhuisfinanciering – Wetsontwerp financiering laagvariabele zorg

Begin 2017 ontving de BVAS - die de minister eraan herinnerde geen vragende partij te zijn voor deze hervorming - een eerste versie van het wetsontwerp voor de gegroepeerde financiering van de ziekenhuisactiviteiten. Deze tekst moest in de loop van september-oktober 2017 van kracht worden. Het kabinet De Block wilde immers vooral dat het systeem operationeel zou zijn vanaf 1 januari 2018.

In de loop van het jaar volgden nieuwe versies van deze tekst. Toch was op 31.12.2017 nog geen enkel ontwerp van de minister met betrekking tot deze hervorming gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad. De recentste versie van de tekst, op 30 maart 2018 in eerste lezing goedgekeurd door de Ministerraad, preciseert **dat de inwerkingtreding van de hervorming van de financiering aangekondigd wordt voor 1 september 2018²⁰**. Wat moeten we onthouden van deze recentste tekstversie?

- Er komt voortaan een prospectief globaal bedrag per opname, m.a.w. **een vooraf vastgestelde prijs, onafhankelijk van het reële zorgproces voor de individuele patiënt**. Indien er per patiënt meer zorgen worden verstrekt dan standaard voorzien, dient het ziekenhuis het financiële risico te dragen.
- Dit prospectief globaal bedrag **zal gelden voor de groepen van patiënten²¹ die worden beoogd** in een KB en voor wie een prestatie wordt geleverd waarvoor bij de invoegetrede van deze tekst het verplichte derdebetalersstelsel geldt.
- **Dit bedrag zal in de toekomst dekken:**

31

¹⁹ Merk op:

- De inwerkingtreding, op 6.01.2017, van artikel 29/1 van de Wet op de ziekenhuizen, toegevoegd door de Wet van 18 december 2016, dat stipuleert: *“Ongeacht de keuze voor een opname in een individuele kamer, een tweepatiëntenkamer of een gemeenschappelijke kamer heeft de patiënt altijd recht op hetzelfde aanbod aan kwaliteitsvolle gezondheidszorg. Het in het eerste lid bedoelde aanbod betreft zowel de verstrekkingen die in het ziekenhuis worden aangeboden, de termijn waarbinnen deze verstrekkingen worden aangeboden, als de artsen die in het ziekenhuis werkzaam zijn.”*
- De interne BVAS-werkgroep voor de hervorming is in 2017 blijven bijeenkomen, net zoals de Overleggroep die de minister had gelanceerd en waarin meer bepaald dr. Moens, dr. de Toef en dr. Devos zetelen
- Aangaande de pilootprojecten:
 - o Wat thuishospitalisatie betreft: begin maart 2017 wordt vernomen dat 12 pilootprojecten werden geselecteerd. Zij betreffen de antibiotherapie aan huis en andere types zorgverstrekking zoals antitumorale behandelingen. Bij deze testfase zullen 1.300 patiënten en 35 ziekenhuizen betrokken worden. Het doel is na te gaan of de patiënten thuis van bepaalde zorgverstrekking kunnen genieten met dezelfde kwaliteit en dezelfde veiligheidswaarborgen als in het ziekenhuis, en binnen hetzelfde budget.
 - o In augustus 2017 vernemen we dat slechts 40% van de toekomstige moeders instemmen met een verkort verblijf.

²⁰ Op vraag van de BVAS verschoof het Verzekeringscomité van 16 april 2018 de datum van inwerkingtreding naar 1 januari 2019.

²¹ Chirurgie, verloskunde en anesthesie behoren tot deze cluster van laagvariabele pathologieën. Medio 2017 schrijven de anesthesisten de minister een brief met de vraag haar tekst te herzien. Zij wensen namelijk dat het budget voor honoraria voor anesthesie-reanimatie volledig los blijft van de gezamenlijke forfaitaire honoraria *“om de functie en de onafhankelijkheid van de anesthesist als garant van de peri-operatorie veiligheid van de patiënt voor 100% te waarborgen. Indien een forfait moet worden gedeeld met andere disciplines zullen vele ingrepen zonder anesthesist of zonder voorafgaand narcose-advies plaatsvinden; de anesthesisten zullen niet meer over de middelen beschikken om volledig onafhankelijk garant te staan voor de veiligheid bij elke ingreep; de anesthesisten zullen niet meer kunnen bepalen welke narcose het best past bij de patiënt, en zij kunnen niet meer optreden als peri-operatorie arts.”* De anesthesisten organiseren begin oktober 2017 een Staten-Generaal om dit te bespreken. Hierbij zijn ruim 300 anesthesisten aanwezig. De specialisten vrezen dat het toegewezen bedrag niet volstaat bij onverwachte verwikkelingen. In dat geval moet vaak een beroep worden gedaan op anesthesisten. Vandaar de toenemende onvrede bij de artsen van deze discipline.

- de zorgprestaties van de artsen en andere zorgverstrekkers,
 - alle kosten die direct of indirect verbonden zijn met een ziekenhuisopname en met de uitvoering van zorgprestaties voor de betrokken patiëntgroepen, namelijk de ingrepen voor toediening van medicatie, implantaten, medische hulpmiddelen, de forfaits volgens het medicomutakkoord (maxiforfait, dagziekenhuisforfait, forfait chronische pijn, ...),
 - het budget van financiële middelen (BFM) (vast en variabel BFM-gedeelte worden bedoeld) in het gedeelte betreffende de genoemde patiëntengroepen. Een KB zal preciseren volgens welke regels het BFM wordt opgenomen in het globaal bedrag.
- Dit systeem zal echter stapsgewijs ingevoerd worden.

- **In een eerste fase blijft deze financiering beperkt tot de honoraria.** Een KB zal preciseren dat bepaalde prestaties niet worden gedekt door het prospectief globaal bedrag per pathologie. Los van deze uitsluiting zullen de artsen geen betaling meer ontvangen voor elke afzonderlijke prestatie, maar een bedrag voor alle medische prestaties voor een bepaalde aandoening, los van de reëel toegediende zorgen, maar niet voor de forfaitaire honoraria voor klinische biologie en medische beeldvorming.
- Pas later zal dit forfaitaire bedrag ook de betaling van de andere zorgprestaties, de geneesmiddelen, implantaten, medische hulpmiddelen, de bedragen van het medicomutakkoord en het BFM dekken. De tekst preciseert in zijn inleidende memorie van toelichting dat het gedeelte van het prospectief globaal bedrag dat bestemd is voor de artsenhonoraria, wel degelijk eigendom van de artsen blijft. De BVAS had gevraagd deze precisering in de eigenlijke tekst op te nemen, en niet alleen in de memorie van toelichting.

Aangaande de **verdeling van de forfaitaire honoraria tussen de artsen** had de minister oorspronkelijk voor ogen dat deze resulteert uit een beslissing van de medische raad en van de raad van bestuur van het ziekenhuis. Gezien de chaos waartoe dit zou leiden, en op uitdrukkelijk verzoek van de BVAS, stipuleert de tekst uiteindelijk dat de door het RIZIV voorgestelde spreiding moet worden gevolgd, tenzij de medische raad en de raad van bestuur een ander akkoord bereiken volgens de algemene regeling van rechtsverhoudingen die in het ziekenhuis geldt.

- **De financiering zal enkel gelden voor bepaalde patiëntgroepen,** namelijk patiënten die een standaardproces voor diagnose en behandeling vergen dat weinig verschilt tussen patiënten onderling en tussen ziekenhuizen. Om deze patiëntgroepen te bepalen stelt het wetsontwerp voor om uit te gaan van de bestaande APR-DRG's (nu 54 groepen met verschillende graden van ernst).
- De huidige principes voor de **ereloonsupplementen** blijven gelden voor de prestaties die worden terugbetaald via het prospectief globaal bedrag per pathologie. Dit betekent dat de arts, bij klassieke en daghospitalisatie, geconventioneerd of niet, enkel supplementen kan vragen voor een individuele kamer. In sommige gevallen, zelfs als de patiënt een individuele kamer heeft, worden supplementen echter verboden. Supplementen zullen dus altijd verboden zijn in kamers met twee of meer bedden.

In de recentste versie van het wetsontwerp van maart 2018, geldt als algemeen principe dat de supplementen enkel gefactureerd mogen worden op de waarde van de honoraria van de effectief geleverde prestaties. Behoudens uitzonderingen via KB mag de berekeningsbasis echter niet hoger zijn dan het honorariumgedeelte van het toegekende prospectief globaal bedrag.

Anders gezegd: supplementen mogen worden gefactureerd op de werkelijk geleverde prestaties (en dus ongeacht of ze inbegrepen zijn in het forfaitaire globaal bedrag) en gefactureerd (tegen 0 euro) tijdens het verblijf. De basis waarop de supplementen berekend mogen worden is de waarde (nomenclatuur) van de honoraria van de geleverde prestaties. Deze basis (namelijk de som van de nomenclatuurwaarden van de prestaties waarop de supplementen worden berekend) mag echter niet hoger zijn dan het gedeelte "honoraria" van het forfaitair globaal bedrag, behoudens uitzonderingen, te bepalen door de Koning. Op dit moment bestaat het prospectief globaal bedrag uitsluitend uit honoraria.

De versie die de Ministerraad van 30 maart 2018 heeft goedgekeurd, preciseert echter dat de berekeningsbasis voor de supplementen - als afwijking tot 31.12.2019 - niet hoger mag zijn (behoudens uitzonderingen) dan 115% van het honorariumgedeelte van het globaal prospectief bedrag. Anders gezegd, en zoals gepreciseerd in de memorie van toelichting, wordt de berekeningsbasis voor de honorariasupplementen met 15% verhoogd tijdens een overgangperiode tot 31.12.2019. Deze afwijking vormt een overwinning voor de BVAS.

Het supplementenpercentage van zijn kant is hetgeen in het ziekenhuis overeengekomen wordt (tussen de medische raad en de beheerder, opgenomen in de Algemene Regeling) voor deze uitgevoerde prestaties, wanneer ze worden gefactureerd bij de handeling.

De BVAS heeft het oorspronkelijke wetsontwerp aanzienlijk gewijzigd: oorspronkelijk was immers geen enkel supplement mogelijk. Hoewel er nu de mogelijkheid is voor een basis van 115%, is de huidige formulering van het algemene principe nog verre van perfect. Zo heeft de BVAS in een brief naar de diverse betrokken autoriteiten de schrapping gevraagd van de precisering dat de berekeningsbasis van de supplementen niet hoger mag zijn dan het honorariumgedeelte van het toegewezen globaal prospectief bedrag, ook al werd in de recentste tekstversie vóór die zin ingevoegd: "Behalve in bijzondere situaties, bepaald door de Koning".

Het is immers niet duidelijk welke bijzondere situaties men hier bedoelt, en er is geen enkele garantie dat dit KB ooit gepubliceerd zal worden. De BVAS vraagt dus gewoon schrapping van de verplichting om het honorariumgedeelte van het bedrag niet te overschrijden tenzij bij afwijking door de Koning. Bovendien zal deze beperking ongetwijfeld leiden tot discussies op het niveau van de medische raad over de verdeling van de toegestane supplementen. Deze betrachting om het medisch corps andermaal te verdelen, is onaanvaardbaar.

- Een uitvoerings-KB zal vaststellen:
 - o De lijst van de **patiëntengroepen** voor wie de forfaitaire honoraria gelden,

- De aanvullende regels voor **berekening en facturering van de forfaitaire honoraria**.
- De vaststelling van een forfaitaire persoonlijke bijdrage, namelijk het **forfaitaire remgeld** per opname per patiënt, dat varieert volgens patiëntengroep [rechthebbende op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming (RVV) of niet, ...]. Het remgeld wordt niet meer vastgesteld op basis van individuele prestaties maar op basis van het prospectief globaal bedrag,
- De opheffing van het systeem van **referentiebedragen**;
- De eventuele organisatie van een **carensperiode** (voor of na opname), d.w.z. dat de Koning de mogelijkheid heeft om in deze forfaitaire honoraria de kosten op te nemen die verbonden zijn met de prestaties die verband houden met de opname maar die werden uitgevoerd in een bepaalde periode voor en/of na de opname.
- De Koning kan ook **bepaalde prestaties en bedragen uitsluiten uit deze forfaitaire honoraria**, of een specifiek forfaitair honorarium voorzien voor bepaalde prestaties of een gedeelte daarvan. Het is immers de bedoeling - wat de honoraria voor klinische biologie en medische beeldvorming aangaat - dat het prospectief globaal bedrag per pathologie in een eerste fase de honoraria per prestatie en de forfaitaire honoraria die identiek zijn voor alle ziekenhuizen vervangt, maar niet de forfaitaire honoraria die elk ziekenhuis afzonderlijk berekent volgens zijn specifieke kenmerken.

Het is interessant te noteren dat het plan - vrij verrassend - geen enkele besparingsmaatregel koppelt aan de invoering van forfaitaire honoraria.

34

De invoering van dit nieuwe systeem zal overigens als consequentie hebben dat de ziekenhuizen hun facturatiesysteem moeten aanpassen: wijziging van de patiëntfactuur, wijziging van de opnameaangifte.

Het RIZIV zal geregeld het prospectief globaal bedrag per opname berekenen voor elke patiëntengroep. Een KB zal bepalen welk gedeelte van het forfaitair globaal bedrag de zorgprestaties dekt. Het RIZIV zal de ziekenhuizen ook de gedetailleerde opsplitsing van het genoemde gedeelte tussen de verschillende zorgprestaties meedelen. Het prospectief globaal bedrag per opname, berekend voor het jaar T, geldt voor alle opnames die beginnen na 31 augustus van het jaar T en vóór 1 september van het jaar T+1. Dit wordt vóór 1 augustus van het jaar T gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad en aan de ziekenhuizen meegedeeld door het Instituut.

Noteer tot slot dat de geïsoleerde G-diensten (revalidatie van geriatriepatiënten) en de SP-diensten (gespecialiseerde diensten voor behandeling en revalidatie) door de 6e Staatshervorming werden overgedragen aan de gemeenschappen. Het prospectief globaal bedrag per opname waarvan hier sprake is, geldt dus niet meer voor de opnames in de geïsoleerde G- en SP-diensten.

In oktober 2017 hebben de ziekenhuizen vanwege het RIZIV via een document in FAQ-vorm meer uitleg gekregen over het ontwerp. Het is interessant vast te stellen dat dit document preciseert:

- Het budget voor deze verblijven is een open enveloppe; het budget voor de forfaitaire honoraria is evenwel gesloten. Het financiële risico met betrekking tot de toegediende zorgen per patiënt ligt dus bij de zorgverstrekkers.
- Het verzekeringscomité van het RIZIV zal een hele tijd de rol van overlegplatform spelen, maar in de toekomst zal een specifiek platform opgericht worden.

- Om te weten of een patiënt die aankomt, in deze categorie valt of niet, zal het ziekenhuis voorrang moeten geven aan de codering van bepaalde verblijfsdagen om hun APR DRG en de graad van ernst te kennen. Er zijn concreet twee gevallen mogelijk:
 1. De aanwezigheid van een nomenclatuurcode is een voorwaarde om tot de patiëntengroep te behoren. In dit geval moeten alle verblijfsdagen waarvoor een noodzakelijke nomenclatuurcode gefactureerd wordt, het voorwerp zijn van een prioritaire codering.
 2. De aanwezigheid van een nomenclatuurcode is geen voorwaarde om tot een patiëntengroep te behoren. In dit geval is het aangewezen de indicatieve nomenclatuurcodes te identificeren die het best overeenstemmen met de ICD-procedurecodes die in aanmerking komen voor de betrokken APR DRG. Hiervoor is het mogelijk te steunen op de meest frequent gefactureerde nomenclatuurcodes binnen deze patiëntengroepen. Het document “fréquence code nomenclature - fréquence nomenclatuurcode.xlsx” bevat een lijst van indicatieve nomenclatuurprestaties voor deze patiëntengroepen.
- Of de patiënt al dan niet via de spoed binnenkomt, of al dan niet via intensieve zorg passeert, verandert niets aan het feit of hij al dan niet behoort tot het systeem van de rechthebbenden op verhoogde verzekeringstegemoetkoming.
- Het globaal bedrag mag worden gefactureerd, zelfs al zou de patiënt tijdens zijn verblijf overlijden.
- Volgens de gegevens van 2014 bedragen de honoraria voor laagvariabele verblijven 371,2 miljoen euro of 11,52% van de honoraria van alle ziekenhuisverblijven. De betrokken verblijven vormen 9,32% van de meer dan 4,3 miljoen klassieke en daghospitalisaties die elk jaar plaatsvinden in ons land.
- Hoe wordt het forfaitair bedrag berekend?
 - o Voor elke van de 54 patiëntengroepen wordt de mediaan van het honorariatotaal berekend (na uitsluiting van bepaalde nomenclatuurcodes). Er is gekozen voor de mediaan omdat deze minder gevoelig is voor extreme waarden (over- en onderconsumptie) dan het gemiddelde, en omdat deze de financiering van een “normale praktijk” dichter benadert.
 - o In 50 van de 54 patiëntengroepen was het mediaanbedrag nochtans lager dan het gemiddelde, hetgeen een negatief budgettair effect zou hebben gehad voor de ziekenhuissector. Voor de groepen met een mediaanbedrag onder het gemiddelde werd dit mediaanbedrag verhoogd om een volledige herverdeling van de 371,2 miljoen euro mogelijk te maken, en dit om officieel te kunnen stellen dat het nieuwe financieringssysteem geen enkele besparingsmaatregel inhoudt.
 - o Deze bedragen zullen geregeld worden aangepast: de administraties zullen elk jaar de globale bedragen van elke patiëntengroep berekenen op basis van de recentste beschikbare gekoppelde gegevens. De analyses zullen worden voorgelegd aan het Verzekeringscomité van het RIZIV. Indien de bedragen, berekend met de recente

gegevens, meer dan 5% verschillen van de geldende globale bedragen, worden de factureerbare bedragen aangepast.

- De medianen werden overigens berekend op basis van de 3 recentste beschikbare jaren, namelijk 2012, 2013 en 2014. De toepassing van het nieuwe systeem start dan weer op 1 september 2018. De waarde van deze historische bedragen zal naar het niveau van 2018 worden omgezet via een index, berekend op de evolutie van de ziekenhuishonoraria (met uitzondering van nomenclatuurcodes die uitgesloten zijn voor de globale bedragen). De indexering wordt jaarlijks verzorgd volgens de regels die gelden voor de indexering van de honoraria.
- Het globaal bedrag omvat niet de supplementaire honoraria voor de geaccrediteerde artsen, omdat deze zogenoemd veeleer onbeduidend zijn in deze groep.

De minister zal ook preciseren dat de patiënten die het voorwerp zijn van verwickelingen (hoewel initieel gehospitaliseerd voor laagvariabele zorg), niet het gestandaardiseerde traject mogen volgen en dus de klassieke factureringsregels zullen volgen.

Hoewel de minister beweert dat de reden voor deze hervorming een vereenvoudiging van de financieringsregels is, betwist de BVAS dit ten stelligste gezien al deze elementen. De BVAS stelt integendeel vast dat een verdubbeling van de administratie op komst is, naast een belangrijke ontwikkeling van nieuwe softwarepakketten, zonder enige financiering hiervoor.

2. De hervorming van de ziekenhuisstructuur – Wetsontwerp voor de netwerken

36

Medio mei 2017 publiceerde de minister haar nota **“Klinische ziekenhuisnetwerken in een vernieuwd ziekenhuislandschap, overleggroep, 18 mei 2017”**. Deze nota bevat de grote krachtlijnen van haar plannen die vervolgens in een wetsontwerp worden gegoten.

Zij preciseert de doelstelling van de hervorming: *“Synergieën creëren als antwoord op de huidige versnippering in het medisch aanbod, met alle negatieve effecten hiervan wat kwaliteit en doeltreffendheid aangaat.”*

In de 2e helft van 2017 neemt de BVAS kennis van verschillende versies van het **voorontwerp van wet tot wijziging van de wet van 2008 op de ziekenhuizen, om het concept van netwerken hierin te integreren**. Wat moeten we onthouden van de recentste versie van de tekst die op 30 maart 2018 in eerste lezing werd goedgekeurd door de Ministerraad?

- Elk ziekenhuis moet deel uitmaken van één enkel locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk (LKZN).
 - Uitzonderingen zijn er voor:
 - Ziekenhuizen met enkel een psychiatrische ziekenhuisdienst (index A, T of K), gekoppeld aan gespecialiseerde afdelingen voor behandeling en readaptatie (index Sp) of met een geriatrie afdeling (index G)
 - Psychiatrische ziekenhuizen.

- **Dit artikel treedt in werking op de datum die de Koning vaststelt, en uiterlijk op 1 januari 2020**
 - Er zullen maximaal 25 locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken zijn voor het hele land.
- De ziekenhuisarts kan worden aangeworven op het niveau van het individuele ziekenhuis of op het niveau van het locoregionale klinische ziekenhuisnetwerk; idem voor de ziekenhuisverpleger, de ziekenverzorger, het verzorgend personeel en het ondersteuningspersoneel.
- Ook de volgende concepten worden gedefinieerd:
- **Locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk:** een samenwerkingsverband met duurzame en juridisch geformaliseerde rechtspersoonlijkheid, erkend door de autoriteiten die bevoegd zijn voor het gezondheidszorgbeleid, tussen minstens twee niet-psychiatrische ziekenhuizen die afzonderlijk erkend zijn op het moment van oprichting van dit locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk, met uitzondering van de ziekenhuizen die worden uitgesloten in artikel 1 (A, T, K, G en Sp), die zich bevinden in een aaneengesloten geografisch gebied, en die op rationele en complementaire wijze locoregionale zorgopdrachten aanbieden;
 - **Zorgopdrachten:** ziekenhuisactiviteiten die gekoppeld zijn aan een ziekenhuisdienst, een ziekenhuisfunctie, een ziekenhuisafdeling, een zware medische uitrusting, een medische dienst, een medisch-technische dienst of een zorgprogramma;
 - **Locoregionale zorgopdrachten:** zorgopdrachten die moeten worden aangeboden in elk locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk;
 - **Supraregionale zorgopdrachten:** zorgopdrachten die niet in elk locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk mogen worden aangeboden;
 - **Referentiepunt:** het ziekenhuis dat een supraregionale zorgopdracht aanbiedt.
- Wat betreft het geografische gebied dat door een LKZN wordt gedekt: dit moet één aaneengesloten gebied zijn; voor de grootstedelijke netwerken van Brussel, Antwerpen, Gent, Charleroi en Luik kunnen er echter overlappings zijn.
- Een KB zal de lijst opgeven van locoregionale en supraregionale zorgopdrachten.
- Bij het opstellen van de lijst kan het, waar het gaat om locoregionale zorgopdrachten, een onderscheid maken tussen algemene en gespecialiseerde zorgopdrachten.
 - Onder **algemene zorgopdrachten**²² moet worden begrepen: de locoregionale zorgopdrachten die kunnen worden aangeboden in elk ziekenhuis dat deel uitmaakt van het locoregionale klinisch ziekenhuisnetwerk.

²² Een universitair ziekenhuis is in wezen een algemeen ziekenhuis dat bovendien beantwoordt aan de voorwaarden om te worden beschouwd als universitair; als men het over een algemeen ziekenhuis heeft, worden dus ook de universitaire ziekenhuizen bedoeld.

- Onder **gespecialiseerde zorgopdrachten** moet worden begrepen: de locoregionale zorgopdrachten die niet mogen worden aangeboden in elk ziekenhuis dat deel uitmaakt van het locoregionale klinisch ziekenhuisnetwerk.
 - Bij het opstellen van de lijst kan het, waar het gaat om supraregionale zorgopdrachten, de basiskenmerken vastleggen voor de werking als referentiepunt.
- Elk ziekenhuis dat gevestigd is in het geografisch aaneengesloten gebied van een locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk, moet de mogelijkheid hebben om aan te sluiten bij dit LKZN.
- Het LKZN sluit voor elke supraregionale zorgopdracht die het zelf niet aanbiedt, afzonderlijke, duurzame en juridisch geformaliseerde supraregionale samenwerkingsverbanden af met minstens één en maximaal drie referentiepunten. Tijdens de drie jaren na de eerste erkenning van het ziekenhuisnetwerk, kan een LKZN echter een samenwerking aangaan met maximaal vier referentiepunten per supraregionale zorgopdracht.
- Het LKZN kan voor elke supraregionale zorgopdracht die het zélf aanbiedt, een afzonderlijke, duurzame en juridisch geformaliseerde supraregionale samenwerking aangaan met maximaal twee referentiepunten die tot een ander LKZN toebehoren. Tijdens de drie jaren na de eerste erkenning van het ziekenhuisnetwerk kan een LKZN echter een samenwerking aangaan met maximaal drie referentiepunten die tot een ander LKZN toebehoren.
- In het kader van het bedoelde juridisch geformaliseerde samenwerkingsverband, worden duidelijke akkoorden gesloten wat continuïteit van de zorg betreft, en worden de modaliteiten voor verwijzing en terugverwijzing bepaald²³.
- In het kader van het LKZN waarvan het ziekenhuis deel uitmaakt, komt de verantwoordelijkheid op operationeel vlak voor de volgende punten toe aan de ziekenhuisbeheerder:
 - de harmonisering van het medisch aanbod van het ziekenhuis met dat van de andere ziekenhuizen die deel uitmaken van het LKZN;
 - de vertaling en uitvoering, op niveau van het ziekenhuis, van de strategische beslissingen die werden genomen door het LKZN, meer in het bijzonder van het beleid inzake verwijzing en terugverwijzing;
 - de waarborg dat de patiënt voor de supraregionale zorgopdrachten wordt verwezen en doorverwezen conform de akkoorden die werden gesloten in het kader van het LKZN, maar met respect voor de vrije keuze van de patiënt;
 - indien het ziekenhuis geldt als referentiepunt voor supraregionale zorgopdrachten, sluit de beheerder de noodzakelijke akkoorden met het LKZN dat een beroep doet op dit ziekenhuis voor deze supraregionale zorgopdrachten.
- Aangaande het beheer van een LKZN:
 - Het LKZN beschikt over zijn eigen beheer.

²³ Het LKZN kan onder sommige voorwaarden, als afwijking, een duurzame en juridisch geformaliseerde samenwerking aangaan met een ziekenhuis of een gedeelte van een ziekenhuis dat wordt beheerd door het Ministerie van Landsverdediging.

- Elk algemeen ziekenhuis dat deel uitmaakt van het LKZN, beschikt over minstens één vertegenwoordiger in de beheersorganen van het LKZN. De vertegenwoordigers van de ziekenhuizen moeten lid zijn van een beheersorgaan van het ziekenhuis dat zij vertegenwoordigen. Het beheersorgaan van het LKZN moet overigens minstens één onafhankelijke bestuurder tellen. Minstens één derde van deze leden beschikt over expertise inzake gezondheidszorg. Minstens één lid van deze groep is een arts. Deze arts is geen ziekenhuisarts in een van de ziekenhuizen van het LKZN in kwestie.

De BVAS heeft altijd geijverd voor een grotere betrokkenheid van de artsen in het ziekenhuisbeleid en drong er dus ook op aan dat de artsen een plaats zouden krijgen in het beheersorgaan van het LKZN. De BVAS stelde dan tot haar spijt vast dat in een van de tekstversies de aanwezigheid van een vertegenwoordiger – met adviserende functie – van de medische raad (MR) in het beheersorgaan van het LKZN was verdwenen. Deze verwijdering illustreert het wantrouwen van de ziekenhuizen tegenover het medisch corps terwijl de BVAS er net van overtuigd is dat transparante en geïntegreerde governance bijdraagt tot het welslagen van de toekomstige netwerken. **De BVAS heeft er dus sterk op aangedrongen om de verzekerde aanwezigheid van een arts opnieuw te garanderen.** De recentste tekstversie van maart 2018 stemt ons op dat punt tot tevredenheid.

- Het beheer van het LKZN omvat de volgende opdrachten:
 - het bepalen van de strategie in verband met welke gespecialiseerde zorgopdrachten op welke locatie binnen het LKZN worden uitgebaat;
 - de coördinatie van het aanbod aan algemene en gespecialiseerde zorgopdrachten tussen de ziekenhuizen van het LKZN;
 - het waarborgen van de bereikbaarheid van alle locoregionale zorgopdrachten voor alle patiënten die deze gezondheidszorgen nodig hebben;
 - de keuze van de referentiepunten voor supraregionale zorgopdrachten buiten het LKZN, het maken van verwijs- en terugverwijsafspraken en het sluiten van samenwerkingsovereenkomsten met deze referentiepunten;
 - de formulering van een opnamebeleid voor het LKZN dat meer bepaald garandeert dat de patiënt de zorgen zal ontvangen die aangepast zijn aan zijn behoeften;
 - het sluiten van overeenkomsten om de opdrachten en het werk te verdelen, met inbegrip van de voorwaarden voor verwijzing en terugverwijzing, voor de patiëntenzorg binnen het LKZN, teneinde de continuïteit van de verzorging binnen het LKZN te garanderen;
 - het garanderen van harmonisering en coördinatie met andere zorgverstrekkers in het geografische gebied van het LKZN;
 - het vastleggen van schriftelijke overeenkomsten omtrent de terbeschikkingstelling van met name financiële middelen die vereist zijn om de opdrachten van het LKZN uit te voeren;
 - het overleg over materies die ter bespreking op netwerkniveau worden voorgelegd door de ziekenhuizen die tot het netwerk behoren.

Het beheersorgaan van het LKZN neemt deze governancebeslissingen conform de bepalingen van Titel IV van de wet op de ziekenhuizen. Met betrekking tot *“het bepalen van de strategie in verband met welke gespecialiseerde zorgopdrachten op welke locatie binnen het LKZN*

worden uitgebaat”: deze beslissingen moeten worden goedgekeurd met een meerderheid van twee derden van de stemgerechtigde leden in het beheer van het LKZN.

Al deze beslissingen zijn bindend voor de ziekenhuizen die deel uitmaken van het LKZN.

- Het LKZN beschikt, voor het goede verloop van de medische activiteit binnen het LKZN, ofwel over een **hoofdarts van het netwerk**, benoemd door het LKZN-beheersorgaan, ofwel over een college van hoofdartsen van het netwerk, samengesteld uit alle hoofdartsen van de ziekenhuizen die deel uitmaken van het LKZN²⁴.
 - Deze benoeming – conform de specifieke bepalingen en procedures van Titel IV van de wet op de ziekenhuizen – is van onbepaalde duur tenzij dit strijdig is met het medisch reglement van het LKZN.
 - Deze functie is niet compatibel met het voorzitterschap van de medische raad van het LKZN.
 - Hij zal verantwoordelijk zijn voor de coherentie van het medisch beleid, met inbegrip van de zorgcontinuïteit en het opnamebeleid.
 - Wat de zorgopdrachten aangaat, draagt de netwerkhoofdarts of het college van hoofdartsen van het netwerk meer bepaald de volgende verantwoordelijkheden:
 - de harmonisering van de zorgopdrachten, zowel locoregionaal als supraregionaal, binnen het LKZN;
 - het sluiten van de akkoorden die vereist zijn met het oog op zorgcontinuïteit met de referentiepunten voor de supraregionale zorgopdrachten buiten het LKZN.
 - De LKZN-hoofdarts of het college van hoofdartsen van het LKZN beschikt over de bevoegdheid om instructies te geven aan de artsen van de ziekenhuizen van het LKZN zodat zij de verantwoordelijkheden uit de vorige paragraaf kunnen opnemen, en meer in het algemeen om de veiligheid van de patiënt binnen het LKZN te waarborgen. De LKZN-hoofdarts of het college van hoofdartsen van het LKZN oefent deze bevoegdheid uit in nauw overleg met het beheersorgaan van het LKZN en met de medische raad van het netwerk.
 - De Koning kan het minimumpakket van opdrachten van de LKZN-hoofdarts of van het college van hoofdartsen van het LKZN preciseren, evenals de manier waarop het recht om instructies te geven uitgeoefend kan worden.
 - De beslissingen van de LKZN-hoofdarts of van het college van hoofdartsen van het LKZN in uitvoering van zijn opdrachten wegen zwaarder dan de beslissingen van de hoofdartsen van de ziekenhuizen die deel uitmaken van het LKZN, en zijn hiertegen tegenstelbaar.
 - De LKZN-hoofdarts of het college van hoofdartsen van het LKZN wordt uitgenodigd om met raadgevende stem deel te nemen aan de beheersvergaderingen van het LKZN. Dit geldt echter niet voor besprekingen aangaande materies die persoonlijk en direct te maken hebben met de LKZN-hoofdarts of met een lid van het college van hoofdartsen van het LKZN.
- De Federale Raad voor ziekenhuisvoorzieningen krijgt de bevoegdheid om adviezen te formuleren voor alle problemen met betrekking tot de netwerken die tot de federale bevoegdheid behoren.
- Elk individueel ziekenhuis zal voor zijn erkenning niet langer over een eigen ethisch comité moeten beschikken. Het moet enkel een beroep kunnen doen op een comité dat is ingericht door het LKZN waarvan het deel uitmaakt. Hetzelfde geldt voor de bemiddelingsfunctie.

²⁴ In haar initiële nota heeft de minister haar voorkeur uitgesproken voor de benoeming van één persoon.

- Verder zou het LKZN de boekhouding van de individuele ziekenhuizen en/of van het LKZN kunnen voeren.
- De minister die bevoegd is voor de Volksgezondheid kan een afzonderlijk budget voor de financiële middelen van een LKZN vaststellen.

De individuele ziekenhuizen behouden alle bevoegdheden die niet expliciet aan het LKZN zijn toegewezen. Zij behouden hun rechtspersoonlijkheid, hun erkenningsnummer, hun financiële verantwoordelijkheid enz.

3. De hervorming van de ziekenhuisgovernance – Wetsontwerp tot wijziging van de ziekenhuiswet wat betreft de medische raad van het lokaal klinisch ziekenhuisnetwerk

Medio december 2017 ontving de Nationale Paritaire Commissie Artsen-Ziekenhuizen (waarin aan artsenzijde vooral BVAS-leden zetelen) van minister De Block de vraag om advies te geven bij haar tekstontwerp voor de medische raad (MR) van het LKZN. Wat moeten we onthouden van de recentste versie van deze tekst die de Ministerraad op 30 maart 2018 in eerste lezing heeft goedgekeurd?

- De medische raad van elk ziekenhuis verstrekt aan zijn beheerder advies over het overhevelen van aangelegenheden met betrekking tot het statuut van de ziekenhuisarts (Titel IV van de Ziekenhuiswet) aan het LKZN waarvan het ziekenhuis deel uitmaakt.
 - De beheerder is gehouden het advies van de medische raad omtrent elke overheveling in te winnen.
 - De adviesaanvraag en het advies worden schriftelijk geformuleerd. Bij het advies wordt telkens de uitslag van de stemming gevoegd.
 - Er kan slechts worden overgegaan tot een overheveling indien de MR van elk ziekenhuis dat deel uitmaakt van een LKZN **met een gewone meerderheid positief adviseert met betrekking tot deze overheveling**. De leden van de MR die niet kunnen deelnemen aan de vergadering waarin wordt beslist over het hier bedoelde advies, moeten een schriftelijk mandaat geven aan een ander MR-lid om in hun plaats te stemmen ofwel hun stem schriftelijk of elektronisch overmaken aan de voorzitter van de MR.
- Elk LKZN zal een MR hebben met als opdracht de artsen te vertegenwoordigen die in dit netwerk werken.
 - In de 5 jaar vanaf de erkenning van het netwerk kan de vertegenwoordiging van deze artsen verlopen via een delegatie van artsen die lid zijn van de MR van elk ziekenhuis in het netwerk. Elke MR van elk ziekenhuis in het LKZN zal worden vertegenwoordigd door minstens één ziekenhuisarts in de delegatie.
 - Daarna worden de leden van de MR van het LKZN verkozen door en onder de ziekenhuisartsen die werkzaam zijn binnen het LKZN voor een hernieuwbare periode van 3 jaar. Voorafgaand aan de verkiezingen worden bijzondere modaliteiten vastgesteld die garanderen dat elk ziekenhuis in het netwerk minstens één vertegenwoordiger heeft. Een KB kan nadere modaliteiten preciseren aangaande de werkingsvoorwaarden van de MR van het LKZN.

- Meer bepaald wat betreft alle adviesbevoegdheden van de MR (art 137, 1° tot 15° en 17° van de wet op de ziekenhuizen), en voor zover deze aangelegenheden zich voordoen op netwerkniveau, desgevallend na de hoger aangehaalde overheveling, wordt binnen het LKZN beslist **in onderlinge overeenstemming tussen het beheer van het LKZN en de medische raad van het LKZN**.
 - De genomen beslissingen worden schriftelijk geformuleerd.
 - Een statutair gemandateerd lid of beheersorgaan en de voorzitter van de MR van het LKZN ondertekenen de beslissingen.
 - Indien de beheerder van het LKZN en de MR van het LKZN binnen de drie maanden geen onderlinge overeenstemming bereiken, formuleert de beheerder van het LKZN een voorstel van oplossing en legt dit voor aan de MR van het LKZN. Deze heeft dan een maand om een schriftelijk en gemotiveerd advies over dit voorstel uit te brengen met een **2/3-meerderheid**. Indien de beheerder zich niet kan aansluiten bij dit advies, wordt de in art. 139 en 140, §§ 1, 2 en 3 van de wet op de ziekenhuizen bedoelde procedure (nl. **inschakeling van een bemiddelaar**) gevolgd.

- De MR van het LKZN verstrekt advies over de aangelegenheden bedoeld in artikel 137, 16° en 18° voor zover deze aangelegenheden zich voordoen op het niveau van het netwerk. Hij verstrekt ook advies over alle andere aangelegenheden die door het LKZN-beheer worden voorgelegd.
 - Het advies wordt binnen de maand gegeven, tenzij anders afgesproken tussen MR en beheer. Indien na het verstrijken van de termijn geen enkel advies is gegeven, kan de beheerder van het netwerk beslissen.
 - De adviesaanvragen worden schriftelijk geformuleerd.
 - De uitslag van de stemming wordt met het advies meegeleverd. Samen met een meerderheidsadvies kan de minderheid op haar vraag een nota met haar standpunt aan het advies toevoegen.

- De MR van het LKZN kan op eigen initiatief advies verstrekken over alle aangelegenheden die de uitoefening van de geneeskunde in het LKZN betreffen.

- Wanneer de MR van een ziekenhuis een advies geeft over aangelegenheden die van het ziekenhuis- naar het LKZN-niveau zijn overgeheveld, is alleen de MR van het LKZN bevoegd

- Een KB kan bepalen tot welke financiële of statistische gegevens de MR van het LKZN toegang moet krijgen.

- De LKZN-beheerder kan op eigen initiatief een gemeenschappelijke algemene regeling voor de ziekenhuizen van het LKZN bepalen.

- De individuele contracten van de ziekenhuisartsen kunnen op LKZN-niveau geregeld worden.

- Kunnen eveneens plaatsvinden op het niveau van het LKZN in plaats van op dat van het individuele ziekenhuis:
 - de vergoeding van de ziekenhuisartsen;
 - de centrale inning van de honoraria van de ziekenhuisartsen;

- het garanderen van een opname zonder ereloon-supplementen zoals bedoeld in artikel 152, §3, en het informeren van de patiënt over de naleving van de verbintenistarieven door de ziekenhuisartsen, zoals bedoeld in artikel 153;
- de regeling van de aanwending van de centraal geïnde honoraria, zoals bedoeld in artikel 155;

De BVAS heeft deze wijzigingsvoorstellen vrij gunstig onthaald. Voor de meeste punten van artikel 137²⁵ van de wet op de ziekenhuizen aangaande adviesvragen aan de MR wordt immers ook op netwerkniveau beslist in overeenstemming tussen directie en MR van het LKZN. De BVAS heeft nochtans meer juridische verduidelijking gevraagd, vooral wat betreft de overheveling van bevoegdheden naar het netwerkniveau.

4. Pay for Quality (P4Q)

a. Conceptnota van minister De Block

In een conceptnota over P4Q verduidelijkt minister De Block haar intenties inzake betaling volgens performantie:

- Het doel is te komen tot een instrument dat als een hefboom de ziekenhuizen stimuleert om permanent te waken over kwaliteitsverbetering en patiëntveiligheid. Kwaliteitsverbetering en patiëntveiligheid maken deel uit van de basisopdrachten van elk ziekenhuis. Op zichzelf vraagt dit geen bijkomende financiering. Een beperkte financiële incentive zou echter nuttig kunnen zijn als prikkel. Deze incentive zal geleidelijk stijgen naarmate het systeem wordt ontwikkeld.
- De richtlijnen van de minister zijn:
 - P4Q wordt progressief gelanceerd: start met een beperkt aantal kwaliteitsindicatoren en geleidelijke invoering van een financiële incentive.
 - Zowel verbetering wordt beloond als het feit dat een minimale kwaliteitsdrempel wordt bereikt.
 - Het budget is beperkt en kan in een eerste fase een of meerdere gedeelten van het BFM omvatten.
 - Het zal gelden in alle (algemene of universitaire) ziekenhuizen. Dit geldt niet voor de psychiatrische en SP-ziekenhuizen.
 - Alle stappen zullen ruim vooraf aangekondigd worden (gebruikte indicator, financiering, bedrag, timing, ...)
- Methodologie: na selectie van de indicatoren die een speciaal daartoe opgerichte werkgroep voorstelt, ontvangen de ziekenhuizen hun score voor de geselecteerde indicatoren om ze te sensibiliseren voor hun kwaliteitsgraad en de kwaliteit van hun registraties en data. Daarna volgt overleg met de sector, vooral om de normen, de te volgen timing enz. vast te leggen. Daarna worden de ziekenhuizen uitgenodigd om hun scores uit eigen beweging te publiceren (keuze en initiatief van het ziekenhuis zelf). Daarna worden de scores globaal (niet-geanonimiseerd) gepubliceerd, nog altijd zonder financiering. Pas na de lancering van de openbare rapportering zal de financiering

²⁵ De BVAS heeft een belangrijke rol gespeeld bij het voorstel tot herschrijven van artikel 137.

gedeeltelijk afhangen van de scores (= P4Q). Het doel is om op twee jaar tijd van fase 1 naar fase 5 te evolueren.

b. Installatie van de Werkgroep en selectie van de indicatoren

De praktische uitwerking van P4Q wordt toevertrouwd aan de FOD: een Kwaliteitscel o.l.v. dr. M. Haelterman. De BVAS wordt in deze werkgroep vertegenwoordigd door dr. de Toeuf.

Deze werkgroep heeft dus als belangrijkste missie een (eerste²⁶) (beperkte en volgende) reeks realiseerbare prestatie-indicatoren te selecteren (met behulp van een gestandaardiseerde fiche per indicator die de keuze motiveert), met de te volgen timing en de te vervullen voorwaarden opdat de ziekenhuizen snel weten op welke eerste indicatoren uiteindelijk het P4Q-beleid zal steunen.

De werkzaamheden zijn eind maart 2017 gestart. De verschillende experts hebben het hele jaar overleg gepleegd om te komen tot een eindnota voor minister De Block. Deze nota bespreekt alle indicatoren 2018 en de berekeningsmethode voor de financiële tegemoetkomingen. In totaal 80 punten maken het mogelijk een P4Q-score te berekenen. In 2018 zou het leeuwendeel van de te veroveren punten indicatoren op schaal van het ziekenhuis betreffen (55/80)²⁷.

²⁶ Deze groep indicatoren kan in een eerste fase beperkt blijven; in de jaren erna worden ze verruimd en aangepast. Bij toepassing in het kader van de financiering kan hun 'gewicht' mettertijd aangepast worden

²⁷ In de loop van januari 2018 brengt de Federale Commissie van Ziekenhuisinstellingen een advies uit over het P4Q-programma van 2018. Alles vertrekt daarna naar de minister voor een beslissing. De hier voorgestelde criteria zijn dus vatbaar voor verandering tegen hun concrete toepassing.

Tableau 1 : ensemble d'indicateurs P4Q 2018 et nombre de points à acquérir par domaine et par indicateur

Indicateurs à l'échelle de l'hôpital (55 points)		Indicateurs liés à des pathologies (25 points)	
Structure (35 points)	Processus/ résultat (20 points)	Processus (25 points)	Résultat 0 point en 2018 (20 points dans une phase ultérieure)
Statut d'accréditation ISQua qui est d'application à partir du 1 ^{er} janvier 2018. (25/80 points)	Expériences de patients (20/80 points)	Indicateurs d'antibio-prophylaxie en cas d'interventions chirurgicales (10/80 points)	Indicateurs de mortalité
Participation à des enregistrements cliniques non obligatoires et favorisant la qualité, et/ou acquisition de certains labels de qualité (5/80 points)		Indicateurs liés au cancer (du sein) (15/80 points)	
Implémentation d'un système de gestion de la sécurité du patient : % de notifications d'incidents codées de manière conforme (5/80 points)			

45

De budgettaire enveloppe voor de acute ziekenhuizen bedraagt 6,8 miljoen euro, te verdelen tussen 102 ziekenhuizen in de verhouding van een vast bedrag per erkend ziekenhuisbed. Het systeem wordt op 1 juli 2018 gelanceerd.

c. Standpunt van de BVAS tegenover het P4Q-project

De BVAS heeft een brief met haar standpunt naar mevr. Haelterman gestuurd. Hoewel de BVAS in het algemeen positief staat tegenover de invoering van een systeem van betalen voor kwaliteit, moeten wij vaststellen dat het eindresultaat de grote en de universitaire ziekenhuizen bevoordeelt, vooral degene die al stappen hebben gezet voor accreditering bij JCI of NIAZ-Qmentum.

De BVAS was overigens voorstander van een systeem dat start door een bedrag toe te kennen dat uitsluitend rekening houdt met verworven punten, zonder deze te wegen volgens grootte van het ziekenhuis. Zo zou iedereen starten met een basisfinanciering, zowel degenen die al in het systeem zitten als zij die er nog niet in zitten.

Verder, en zoals blijkt uit de reacties van vele ziekenhuisartsen die werken in instellingen die het accrediteringsproces volgen, leidt dit proces tot een verlies van een fenomenale hoeveelheid klinische werkuren door tijd te besteden aan medewerking aan de invoering van interne processen die laten hoop opveren op het verwerven van de accreditering. Deze verloren uren klinisch werk betekenen evenwel een even belangrijk inkomensverlies voor de artsen.

De BVAS wijst ook naar de aanzienlijke druk die wordt uitgeoefend op de ziekenhuisartsen. De beheerders vragen hen om enorm veel tijd te besteden aan deelname aan het accrediteringsproces maar ook om te rapporteren over alle problemen die verbonden zijn met de ziekenhuisnetwerking en met het systeem dat komend jaar wordt ingevoerd in verband met de forfaitaire honoraria voor de laagvariabele zorgen. En dan hebben we het nog niet over de aangekondigde verplichtingen om zich te schikken naar de eisen van eGezondheid, meer bepaald inzake voorschriften. Deze enorme administratieve overbelasting wordt zeer slecht onthaald en boezemt bij vele confraters een onbestemde angst in omtrent hun professionele toekomst.

Wat de toekomstige evolutie van het systeem aangaat, zouden we in de toekomst meer gewicht willen hechten aan de nog te vinden en te definiëren resultaatindicatoren dan aan de proces- of structuurindicatoren.

Hoofdstuk IV. Opleiding van de artsen

1. Rapport 2016 van de Planningscommissie

Uit het rapport van de Planningscommissie²⁸ (waarin BVAS wordt vertegenwoordigd door de dokters Moens, Herry, Masson en Moreau) blijkt dat België op 31/12/2016 exact 61.899 artsen telde, gerechtigd om hun beroep uit te oefenen op het Belgische grondgebied (en waarvan 52.694 woonachtig in België).

De Commissie besluit uit haar analyses dat²⁹:

- Het gecumuleerde globale tekort in de Vlaamse Gemeenschap wordt stilaan weggewerkt. Het bedraagt in 2016 slechts 17 eenheden meer.
- Het gecumuleerde surplus aan artsen in de Franse Gemeenschap blijft groeien. Het bedraagt in 2016 al 619 eenheden.
- Het gecumuleerde tekort aan huisartsen³⁰ mildert sinds 2011, zowel in de Vlaamse als in de Franse Gemeenschap. In 2016 bleef het gecumuleerde tekort negatief in de Vlaamse Gemeenschap (-127), terwijl in de Franse Gemeenschap een overschot verschijnt (+80).
- De minima in kinder- en jeugdpsychiatrie zijn in 2016 bijna bereikt, in beide gemeenschappen.
- De minima in acute geneeskunde worden niet meer gehaald sinds 2010, en het tekort blijft met de jaren toenemen.
- De minima in de spoedgeneeskunde worden ruimschoots overschreden. De workforce in de spoeddiensten wordt dus meer versterkt door artsen-specialisten met erkenning voor spoedgeneeskunde dan door artsen met erkenning voor acute geneeskunde. Overigens kan een arts met erkenning voor acute geneeskunde daarna een extra stageplan van 3 jaar indienen met het oog op erkenning in spoedgeneeskunde. Dit wekt de vraag of het nog zin heeft een onderscheid tussen deze 2 specialisaties (spoed- versus acute geneeskunde) te handhaven.
- De minima in geriatrie worden nooit bereikt, en het tekort blijft aangroeien in de Vlaamse Gemeenschap. In de Franse Gemeenschap wordt het weggewerkt. Voorzichtigheid blijft echter vereist wat betreft de interpretatie van deze cijfers. De oriëntatie naar de geriatrie kan immers tot stand komen tijdens de specialisatie, na 3 jaar met een gemeenschappelijke basis in inwendige geneeskunde. De hier gepresenteerde cijfers tonen dus slechts een gedeelte van het aantal artsen van een bepaalde cohorte die na hun stageplan worden erkend in de geriatrie.

²⁸ Bron: STATAN 2016 - Jaarlijkse statistieken van de gezondheidszorgberoepen op 31 december 2016.

²⁹ Het is in dit verband ook interessant kennis te nemen van het document "Basisscenario's van de evolutie van de workforce 'artsen' 2012-2037", beschikbaar op de website van de FOD Volksgezondheid.

³⁰ De 3 Franstalige universiteiten die elk jaar gewoonlijk 30 % huisartsen (HA's) en 70% specialisten (SP's) afleverden, zien voortaan - zoals gevraagd door BVAS - het percentage HA's stijgen tot 40%.

TABEL 1: TOESTAND CONTINGENTERING VAN AFGESTUDEERDEN IN DE GENEESKUNDE IN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP

Diploma-jaar	Vlaamse Gemeenschap																	
	Reëel (1)														Verwacht (2)			
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018 (7)	2019	2020	2021
Aantal gediplomeerden	559	459	362	416	413	483	575	659	718	748	718 (3)	753 (4)	881 (5)	846 (6)	1527	930	819	819
Quota	445	445	445	454	454	454	454	454	534	585	615	738	738	738	1476	738	738	738

TABEL 2: TOESTAND CONTINGENTERING VAN AFGESTUDEERDEN IN DE GENEESKUNDE IN DE FRANSE GEMEENSCHAP

Diplomajaar	Franse Gemeenschap																	
	Reëel (1)														Verwacht (2)			
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018 (7)	2019	2020	2021
Aantal gediplomeerden	321	314	323	315	341	368	405	466	462	428	571 (3)	606 (4)	736 (5)	842 (6)	1854	838	898	514
Quota	297	297	297	303	303	303	303	303	356	390	410	492	492	492	984	492	492	492

48

TABLEAU 15 : LA RÉALISATION DU CONTINGEMENT DES MÉDECINS POUR LA BELGIQUE: APERÇU GLOBAL

Belgique																				
	(1)	2008	2004-2008		2004-2009		2004-2010		2004-2011		2004-2012		2004-2013		2004-2014		2004-2015		2004-2016	
		N	Total cumulé	2009	Total cumulé	2010	Total cumulé	2011	Total cumulé	2012	Total cumulé	2013	Total cumulé	2014	Total cumulé	2015	Total cumulé	2016	Total cumulé	
Nombres maximums (art. 3)	N	757		757		757		757		890		975		1025		1230		1230		
	O	717		816		959		1044		1092		1109		1194		1281		1487		
	Δ	-40	-282 (2)	+59	-223	+202	-260 (4)	+287	27	+202	229	+134	363	+169	294 (5)	+51	345	+257	+602	
Nombres minimaux (art. 4)	Médecins généralistes	N	300		300		300		300		300		300		300		360		400	
		O	227		238		274		317		333		344		411		464		550	
		Δ	-73	-419 (3)	-62	-481	-26	-507	+17	-490	+33	-457	+44	-413	111	-302	+104	-198	+150	-48
	Psychiatrie infanto-juvénile	N	20		20		20		20		20		20		20		20		20	
		O	19		22		16		21		18		20		12		16		26	
		Δ	-1	-1	2	1	-4	-3	+1	-2	-2	-4	0	-4	-8	-12	-4	-16	+6	-10
	Médecine aiguë	N	10		10		20		20		20		20		20		20		20	
		O	13		11		10		7		12		14		14		8		5	
		Δ	3	+3	1	+4	-10	-6	-13	-19	-8	-27	-6	-33	-6	-39	-12	-51	-15	-66
	Médecine d'urgence	N	5		5		10		10		10		10		10		10		10	
		O	12		14		24		21		34		34		50		55		50	
		Δ	7	+7	9	+16	+14	+30	+11	+41	+24	65	+24	89	40	129	+45	+174	+40	+214
Gériatrie	N					20		20		20		20		20		20		20		
	O					6		8		7		7		11		9		18		
	Δ					-14		-14		-12		-26		-13		-39		-13		

(1) N= contingent normé; O= contingent observé (plans de stage introduits et approuvés); Δ (delta)= la différence (O-N)

(2) Le solde 2004-2007 était de (-242).

(3) Le solde 2004-2007 était de (-346).

(4) En 2010, on a appliqué la correction de (-239) afin de décompter les détenteurs d'un mandat de recherche (remplacement des mandats scientifiques conforme à l'art.7, 2°) qui ont débuté l'activité de recherche pendant la période 2004-2010.

(5) En 2014, on a appliqué la correction de (-238) afin de décompter les détenteurs d'un mandat de recherche (remplacement des mandats scientifiques conforme à l'art.7, 2°) qui ont débuté l'activité de recherche pendant la période 2011-2014.

TABEL 3: VLAAMSE GEMEENSCHAP: WAARGENOMEN EN VERWACHTE UITVOERING VAN DE CONTINGENTERING

Vlaamse Gemeenschap															
		Reëel										Verwacht			
Diplomajaar		2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Aantal gediplomeerden	D (1)	416	413	483	575	659	718	748	718	753	881	846	1527	930	819
Vastgelegde quota	Q	454	454	454	454	454	534	585	615	738	738	738	1476	738	738
Verschil tussen aantal gediplomeerden en de quota	D-Q		-41	29	121	205	184	163	103	15	143	108	51	192	81
Aantal stageplannen IN quota	S		374	458	553	597	660	699	672	702	826	?	?	?	?
Aantal gediplomeerden zonder ingediend stageplan IN quota	D-S		39	25	22	62	58	49	48	51	55	?	?	?	?
Jaarlijkse realisatie van de quota	Ra = S-Q		-80	4	99	143	126	114	57	-36	+88	108	51	192	81
Jaarlijkse realisatie van de quota Voorsprong op het saldo	Ra-cumul	-239	-319	-315	(-216-153) = -369	-226	-100	14	(71-140) = -69	-105	-17	91	142	334	415

TABEL 4: FRANSE GEMEENSCHAP: WAARGENOMEN EN VERWACHTE UITVOERING VAN DE CONTINGENTERING

Franse Gemeenschap															
		Reëel										Verwacht			
Diplomajaar		2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Aantal gediplomeerden	D (1)	315	341	368	405	466	462	428	571	606	736	842	1854	838	898
Vastgelegde quota	Q	303	303	303	303	303	356	390	410	492	492	492	984	492	492
Verschil tussen aantal gediplomeerden en de quota	D-Q		38	65	102	163	106	38	161	114	244	350	870	346	406
Aantal stageplannen IN quota	S		343	358	406	447	432	410	522	579	661	?	?	?	?
Aantal gediplomeerden zonder ingediend stageplan IN quota	D-S		-2	10	-1	19	30	18	51	27	75	?	?	?	?
Jaarlijkse realisatie van de quota	Ra = S-Q		40	55	103	144	76	20	112	87	169	350	870	346	406
Jaarlijkse realisatie van de quota Voorsprong op het saldo	Ra-cumul	-3	37	92	(195-86) = 109	253	329	349	(461-98) = 363	450	619	969	1839	2185	2591

49

2. Vaststelling van quota 2023 – 2026

De Planningscommissie heeft in 2017 gewerkt aan de quota 2023-2026. De Commissie had het in het eerste semester 2017 over 1.445 rechten op beroepsuitoefening, verdeeld als volgt: 607 plaatsen voor de Franse Gemeenschap (42%) en 838 plaatsen (58%) voor de Vlaamse Gemeenschap³¹. Anders gezegd: de Commissie stapt af van de gebruikelijke 40/60-verdeling en dit in het voordeel van de Franse Gemeenschap.

Hoewel dit niet langer een federale bevoegdheid is, stelt de Commissie toch voor om jaarlijks als volgt toe te kennen:

- Voor de Algemene Geneeskunde:

³¹ Deze verdeling leidt tot de publicatie, op 10/08/2017, van het KB van 31.07.2017 tot wijziging van het KB van 12 juni 2008 betreffende de planning van het medisch aanbod (in laatste instantie gewijzigd door het KB van 30 augustus 2015) waarvan artikel 1 artikel 3 van het KB van 2008 wijzigt om te voorzien in een globaal quota van 1.445 plaatsen voor 2023 waarvan 838 aan Vlaamse en 607 aan Franstalige zijde.

- 266 (Fr)
 - 362 (VI)
- Voor de Gespecialiseerde Geneeskunde:
- 341 (Fr)
 - 476 (VI)

De Planningscommissie heeft ook voorstellen gedaan voor de verdeling van de subquota voor specialisten, maar dit zijn slechts suggesties aan de gefedereerde entiteiten³². Ook voor de algemene quota kan de minister de cijfers naast zich neerleggen, zoals eerder al gebeurde.

Om de overtallen aan Franstalige gediplomeerden³³ en het ondertal in de Vlaamse Gemeenschap aan te zuiveren, stelt de Commissie voor:

- Vanaf 2023 zal de quota in de Waals-Brusselse Federatie gedurende 15 jaar elk jaar met 17% verminderd worden;
- En vanaf 2023 zal de quota voor de Vlamingen gedurende 15 jaar elk jaar met 8% verhoogd worden om het negatieve saldo weg te werken.

³² Wat de verdeling van de subquota aangaat, heeft de BVAS in de loop van 2017 deelgenomen aan diverse vergaderingen op het kabinet van de minister-president van de Franse Gemeenschap. De besprekingen worden in 2018 voortgezet. Aan Vlaamse kant werden die besprekingen pas begin 2018 aangevat.

³³ Maggie De Block kondigde in de loop van het jaar aan dat een voorontwerp van wet tot vestiging van een wettelijke basis voor de 'lissage', evenals een controle- en opvolgingsmechanisme voor de quota voor de komende jaren zou worden gelanceerd.

- Wat de lissage aangaat, zal het geaccumuleerde overtal worden afgetrokken van de toekomstige quota, en dit voor het eerst in 2024. Deze negatieve lissage zal elk jaar moeten plaatsvinden zolang als het resterende overtal dit vereist. Concreet wordt het aantal onterecht toegekende RIZIV-nummers aan Franstalige zijde over de periode 2004-2021 geraamd op 1.531. Deze 1.531 nummers zouden moeten worden ingehaald over a priori een vijftiental jaren. Anders gezegd: er zou elk jaar een honderdtal RIZIV-nummers gerecupereerd worden door de quota van de Waals-Brusselse Federatie in die zin te beperken. Concreet zal de quota vanaf 2024 gelden voor 505 artsen, of 102 artsen minder vanaf 2024 en dit elk jaar opnieuw gedurende een vijftiental jaar.
- Verder voorziet het voorontwerp van wet dat de Planningscommissie vanaf de quota van 2024 niet langer de quota zal opstellen voor het hele land. De tekst bepaalt inderdaad dat de quota vanaf 2024 worden vastgelegd door de gemeenschappen, volgens een verdeelsleutel die door het Rekenhof bepaald moet worden op basis van het aantal inwoners per gemeenschap. Wat het Brussels Hoofdstedelijk Gewest aangaat, zal dit cijfer worden vastgelegd volgens het aantal leerlingen van het basis- en het secundair onderwijs uit het Nederlandstalig en het Franstalig onderwijs in het Gewest.
- Tot slot voorziet het voorontwerp in een nieuw controle- en opvolgingssysteem dat eruit bestaat contingeringsattesten te laten afleveren door de FOD Volksgezondheid om de quota te respecteren. De stagemesters zullen enkel nog kandidaten mogen opleiden die een dergelijk attest hebben. Een kandidaat krijgt pas een RIZIV-nummer als hij beschikt over een contingeringsattest of een vrijstelling.

In een (niet-bindend) advies van juni 2017 pakt de Raad van State dit voorontwerp van wet aan. De Raad heeft vooral kritiek op de spreiding per gemeenschap en de verdeelsleutel voor kandidaat-artsen: " ... dergelijke regeling [...] kan ertoe leiden dat het medisch aanbod in de ene of de andere gemeenschap afneemt in verhouding tot de behoeften van de inwoners ervan zoals de Commissie die nochtans beoordeeld zou hebben" De verdeelsleutel voor kandidaten per gemeenschap wordt inderdaad enkel op basis van het aantal inwoners per gemeenschap opgesteld. De Raad van State heeft derhalve grote twijfels of de regeling aansluit op de doelstelling, hetgeen schade toebrengt aan het principe van proportionaliteit dat elke restrictie moet toetsen aan een fundamenteel recht, in dit geval het recht op bescherming van de gezondheid, het recht op uitoefening van een beroep en het recht op bescherming van de privacy.

In deze context beslisten diverse politieke partijen (DéFi, CdH, Ecolo en PS) om twee moties van belangenconflict in te dienen. Zij menen immers dat de belangen van de Walen en van de Brusselaars in gevaar zijn (een motie op COCOF-niveau; een motie op het niveau van het Parlement van de Waals-Brusselse Federatie). Zij willen de procedure voor goedkeuring van het wetsontwerp in de Kamer gedurende 60 dagen opschorten om te overleggen.

De MR heeft de goedkeuring van de belangenconflictmotie door het parlement van de Waals-Brusselse Federatie geblokkeerd, maar de liberale partij heeft geen meerderheid in het COCOF-parlement, en daar werd de motie eind oktober 2017 dus goedgekeurd.

Eind januari 2018 stellen de partijen die de belangenconflictmotie hadden ingediend, echter de mislukking vast van hun aanpak.

3. Franstalig universitair curriculum: tussen concours, ingangsexamen en rechtbank³⁴

i. Het wedstrijdsysteem gehandhaafd in juni 2017

Zoals al uitgelegd in het activiteitenverslag van 2016 bleef de vergelijkende proef aan het einde van 1e bachelor (studenten van academiejaar 2016-2017), georganiseerd in juni 2017, gehandhaafd. Na het indienen van meerdere beroepen had Minister Marcourt in 2016 nochtans aangekondigd dat al wie geslaagd was voor de examens van het 1^{ste} jaar tijdens academiejaar 2015-2016, maar niet hoog genoeg eindigde tijdens het concours van juni 2016, zich toch kon inschrijven in het 2^{de} jaar. Anders gezegd: hoewel het concours in 2016 ongeldig werd verklaard, bleef het gehandhaafd in 2017.

In plaats van de proef na de feiten te bestrijden, probeerden de studentenorganisaties in 2017 om ze vooraf al ongeldig te laten verklaren. In juni stelden de "Fédération des étudiants francophones", het "Comité interuniversitaire des étudiants en médecine", en de "Fédérations étudiantes des universités UCL, ULB, ULg et UNamur" een advocaat aan om de proef te laten annuleren, temeer omdat nog altijd gewacht werd op de publicatie van de quota 2022³⁵. De studenten vingden echter bot en het concours vond wel degelijk plaats in juni 2017.

Ontevreden over deze beslissingen tekenden dezelfde studentenorganisaties begin juli 2017, na bekendmaking van de resultaten van het concours, beroep aan bij de Raad van State. Hun argument steunt op de ongeldigheid van de federale quota 2022 die niet werden goedgekeurd binnen de wettelijk bepaalde termijn. Verder stemmen ze nog altijd niet overeen met de behoeften van de bevolking van de Waals-Brusselse Federatie. Opnieuw werden ze afgewimpeld. De Raad van State oordeelt namelijk dat de zogenoemde "reçus-collés" (studenten die slagen in de 45 vereiste studiepunten om hun jaar te valideren maar onvoldoende hoog scoren in het concours) een tweede kans krijgen om hun opleiding voort te zetten "door te slagen in het toelatingsexamen van 8 september ... waarvoor ze geacht worden te zijn ingeschreven". Zij zouden dus in het tweede jaar de reeds verworven studiepunten kunnen valoriseren (cf. infra).

51

ii. Invoering van het toelatingsexamen voor september 2017

1. Het Systeem

Op 14.04.2017 werd het Decreet van 29.03.2017 over de studies geneeskunde en tandheelkunde gepubliceerd. Er komt een toelatingsexamen vanaf academiejaar 2017 – 2018.

- Voor dit eerste jaar vindt het slechts één keer en centraal plaats (op 08.09.2017 op de Heizel). Men kan tot 1 augustus 2017 langs elektronische weg inschrijven voor het examen. De volgende jaren zal dit examen in elke universiteit georganiseerd kunnen worden, op twee datums (1^{ste} helft van juli en tussen 15/8 en 15/9).

³⁴ Begin oktober 2017 kondigt Vlaanderen aan dat het vanaf 2018 twee afzonderlijke examens zal organiseren: een voor de artsen en een voor de tandartsen. De proeven zullen plaatsvinden in juli 2018.

³⁵ Quota 2023 = wie de studies start in 2017 met toelatingsexamen in september 2017

Quota 2022 = wie instapt in september 2016 met een wedstrijd in juni 2017

Quota 2021 = wie instapt in september 2015 met de 1e wedstrijd in juni 2016

- Deelnemen kost 30 euro inschrijvingsgeld. Dit bedrag wordt aan de student terugbetaald na effectieve deelname aan de proef.
- De vragen worden in 2 delen gesplitst³⁶: kennis en inzicht in wetenschappelijke materie (chemie, biologie, fysica en wiskunde) & communicatie en kritische analyse van informatie" (redeneren, analyse, kritische geest, communicatievermogen, vermogen om de ethische dimensie van te nemen beslissingen aan te voelen, ...).
- Een gemiddelde score van minstens 10/20 voor elk gedeelte en minstens 8/20 voor elke afzonderlijke materie binnen het gedeelte is vereist.
- Een slaagattest geldt enkel voor het daarop volgende academiejaar.
- De deelnemers worden uiterlijk op 18 september ingelicht over hun resultaten, na deliberatie van de jury. Op die datum starten inderdaad de lessen in de Franstalige faculteiten geneeskunde.

Eind april 2017 meldt minister De Block dat ze een RIZIV-nummer garandeert voor alle laureaten van de promotie 2017 en voor de studenten die in 2018, 2019 en 2020 afstuderen, indien blijkt dat dit examen wel degelijk doeltreffend is³⁷.

Hoewel ongeveer 4.000 personen ingeschreven waren voor dit examen, hebben er in realiteit 3.471 deelgenomen. De participatiegraad bedraagt dus 85%; 2/3^{den} hiervan waren vrouwen; 17% niet-ingezetenen.

Naast de jongeren die hun studies aanvatten, waren nog twee andere categorieën automatisch ingeschreven voor het toelatingsexamen:

- De studenten die geslaagd waren in de 45 vereiste studiepunten om hun 1^{ste} bachelorjaar te valideren (voor academiejaar 2016-2017) maar die onvoldoende hoog scoorden in de wedstrijd aan het einde van het jaar³⁸. Als ze slaagden in dit toelatingsexamen, mochten ze starten in het 2^{de} bachelorjaar.
- De studenten van het eerste bachelor die voldoende hoog scoren in het concours van juni 2017 maar die nog niet het vereiste aantal studiepunten hebben bereikt om naar het 2^{de} bachelor te gaan (d.w.z. niet geslaagd in de 45 vereiste studiepunten van het eerste jaar). Als ze in tweede zit slagen in hun examens en zo hun slaagattest behalen, zouden ze worden uitgeschreven. Het zou gaan om een honderdtal kandidaten.

Eind september 2017 ontdekt ARES, dat de wedstrijd organiseert, een fout in de eerste meegedeelde resultaten. Hieruit blijkt dat 55 studenten in tegenstelling tot eerder bericht wél geslaagd zijn in hun toelatingsproef. Het slaagpercentage stijgt hiermee tot iets meer dan 20%. 606 van de bijna 3.500 beoordeelde zijn geslaagd, van wie 647 voor geneeskunde. 82 hiervan waren ook geslaagd in hun 1^{ste} jaar en gaan dus naar het 2^{de}; dit betekent dat er slechts 565 inschrijvingen in het 1^{ste} jaar geneeskunde overblijven, terwijl de quota voor 2023 uitgaat van 607.

³⁶ Op 17.05.2017 werd het besluit van de regering van de Franse Gemeenschap van 19.04.2017 gepubliceerd met het gedetailleerde programma van het toelatings- en toegangsexamen voor de studies van de eerste cyclus in medische wetenschappen en/of de studies van de eerste cyclus in de tandheelkunde. Na het examen wordt de complexiteit van de vragen massaal geheld. De ARES, organisator van het examen, preciseert dat de vragen werden opgesteld door universiteitsprofessoren, actief of emeritus, twee per faculteit. Hun namen werden gepubliceerd in het BS.

³⁷ Cf. supra, het KB van 12.09.2008 betreffende de planning wordt in die zin aangepast.

³⁸ Art 13 van het decreet van de Franse Gemeenschap van 29 maart 2017

2. Standpunt en beroep van de diverse protagonisten

De BVAS is uiteraard altijd tegenstander geweest van het concursysteem na het 1e jaar, en voorstander van een toelatingsproef om de planning te handhaven.

Studenten en zesdeklassers van het middelbaar betwisten 's zomers echter de organisatie van het toelatingsexamen voor het Grondwettelijk Hof. Zij pleiten voor annulering ervan.

De studentenverenigingen zélf ondersteunen het toelatingsexamen geneeskunde. Zo preciseert het CIUM (Comité interuniversitaire des étudiants en médecine) dat de huidige studenten dankzij dit examen zeker een RIZIV-nummer krijgen. De Fédé (Fédération des étudiants de l'ULG) vraagt de studenten en zesdeklassers om af te zien van hun beroep tegen de proef: de minister dreigt er immers mee om zonder dit examen geen RIZIV-attest meer af te leveren aan de nieuwe Franstalige studenten. De CIUM lanceert dan het idee om kosteloze voorbereidingsessies voor dit examen te organiseren.

Ondanks alles trachten 4 geneeskundestudenten eind augustus om via het Grondwettelijk Hof bij hoogdringendheid de opschorting en annulering af te dwingen van het decreet van de Franse Gemeenschap dat een ingangs- en toelatingsproef voor de studies geneeskunde en tandheelkunde installeert (vooral artikel 13). Onder hen:

- Drie eisers die "étudiants allégés" zijn, m.a.w. studenten met een "verminderingprogramma" die de 60 studiepunten van het 1e bachelor spreiden over twee academiejaren. Zij konden niet deelnemen aan de wedstrijd aan het einde van het 1e jaar omdat ze de 60 studiepunten niet halen in hun eerste jaar.
- een vierde eiser die wél alle studiepunten van het 1^{ste} jaar had gehaald maar onvoldoende hoog had gescoord in het concours van juni.

Deelnemen aan het toelatingsexamen is hun ultieme kans om voort te studeren.

In september 2017 schorst het Grondwettelijk Hof artikel 13 van het Decreet van de Franse Gemeenschap van 29 maart 2017 betreffende de studie geneeskunde en de studie tandheelkunde, maar dan enkel voor zover dit een beletsel is voor de studenten die ingeschreven waren in de eerste cyclus medische en tandheelkundige wetenschappen vóórdat dit decreet in werking trad, die een verminderingprogramma volgden en die geslaagd waren conform de regels van dit verminderingprogramma om hun 60 studiepunten van het studieprogramma van de eerste cyclus te realiseren vooraleer deel te nemen aan en te slagen in de ingangs- en toelatingsexamen. Het Hof verwerpt de vraag tot opschorting voor het overige. Eind november 2017 vernietigt het Grondwettelijk Hof uiteindelijk artikel 13 zonder echter te raken aan het principe zélf van deze selectieproef. Anders gezegd: het Hof bevestigt dat studenten met een verlicht programma hun 2^{de} jaar kunnen voortzetten vooraleer te slagen in het toelatingsexamen. Om in aanmerking te komen voor deze afwijking moesten ze ingeschreven zijn in het 1^{ste} jaar geneeskunde vóór de invoeging van het decreet op het toelatingsexamen (maart 2017) en geslaagd zijn conform de regels van hun verlicht programma³⁹.

Na afloop van het toelatingsexamen tekenden tientallen studenten op hun beurt beroep aan tegen dit toelatingsexamen.

Hoewel sommige van deze beroepen verworpen werden, onthouden we de beslissing van de Raad van State tot opschorting bij hoogdringendheid van de beslissingen om 7 geneeskundestudenten geen gunstige rangschikking toe te kennen bij de proef aan het einde van 1^{ste} bachelor in juni. De

³⁹ Maar tegen de opschorting van het artikel hadden 2 van hen blijkbaar hun studies al stopgezet.

Raad van State oordeelt dat bij gebrek aan federale contingentering voor 2022, de quota van de Fédération Wallonie-Bruxelles ernstige twijfels inhouden inzake hun grondwettelijkheid. De betrokken studenten mogen zich dus voorlopig inschrijven in het 2^{de} jaar. Er waren twee prejudiciële vragen voor het Grondwettelijk Hof, aangaande de grondwettelijkheid van de beperking van het aantal afgeleverde slaagattesten aan het einde van het eerste jaar geneeskunde.

Uiteindelijk gaf minister Marcourt in november 2017 alle **“reçus-collés” studenten geneeskunde en tandheelkunde toestemming om te starten in het 2^{de} jaar**. We tellen 209 jongeren in deze situatie: 186 kandidaat-artsen, 23 kandidaat-tandartsen. Er moet een decreet uitgevaardigd worden⁴⁰ voor regularisering van de toestand van studenten, ingeschreven in geneeskunde in academiejaar 2016-2017, die minstens 45 studiepunten haalden maar niet slaagden in het concours van juni 2017 en ook niet in het toelatingsexamen van september 2017. De tekst wil deze studenten toestemming geven hun programma voort te zetten.

Eind oktober bepaalt een decreet⁴¹ overigens dat studenten die gezakt waren voor het toelatingsexamen geneeskunde van begin september, en die dat wensen, zich kunnen heroriënteren naar diergeneeskunde, ook als ze niet hebben deelgenomen aan de voorafgaande evaluatietest die voortaan verplicht is voor deze studies. De toekomstige dierenartsen moeten in de zomer inderdaad slagen in een toelatingsexamen ‘TOSS’ (test d’orientation aux soins de santé). Gezien het moment waarop de TOSS georganiseerd wordt, wordt niet deelgenomen door wie zich voorbereidt op het toegangsexamen geneeskunde. Het decreet regelt voor hen een uitzondering: zij kunnen zonder TOSS instappen in diergeneeskunde. Volgens minister Marcourt gaat het om slechts een vijftigtal studenten.

Merk voorts op dat medio december 2017 de Rechtbank van Eerste Aanleg van Brussel een tiental studenten toestemming geeft om hun 1^{ste} jaar geneeskunde voort te zetten hoewel ze niet geslaagd waren in het toegangsexamen van september 2017. Deze studenten hadden 30 tot 44 studiepunten gehaald maar mochten tot dan hun studieprogramma niet voortzetten omdat ze niet waren geslaagd in hun verminderingprogramma (dat hun 1^{ste} bachelor spreidt over twee jaar) of dit niet beëindigd hadden. De CIUM vraagt minister Marcourt vervolgens om deze beslissing uit te breiden tot alle studenten in dezelfde toestand. Eind januari 2018 vernemen we dat minister Marcourt niet van plan is om alle studenten van 1^{ste} bachelor geneeskunde die vorig jaar 30 tot 44 studiepunten hebben gehaald, maar niet slaagden in het toegangsexamen van september, toe te staan hun opleiding voort te zetten.

Aan Franstalige zijde wordt de toestand even complex als belachelijk.

⁴⁰ 18.01.2018: publicatie van het decreet van 20.12.2017 tot wijziging van het decreet van 29 maart 2017 betreffende de studie geneeskunde en de studie tandheelkunde, door toevoeging van drie nieuwe artikels die in voege treden voor het academiejaar 2017-2018 en voorzien:

- De studenten die ingeschreven zijn gedurende het academiejaar 2016-2017 die minstens 45 studiepunten van de 60 eerste studiepunten van het studieprogramma van de eerste cyclus hebben verworven, mogen naar de 2e cyclus.
- De studenten die geslaagd zijn voor een verminderingprogramma in 2016-2017 voor de studie geneeskunde en de studie tandheelkunde, en die het bewijs leveren dat ze minstens 45 studiepunten van de 60 eerste studiepunten van het studieprogramma van de eerste cyclus hebben verworven, mogen naar de 2e cyclus.
- Voor het academiejaar 2017-2018 worden de studenten die ingeschreven waren voor de studie geneeskunde en de studie tandheelkunde gedurende het academiejaar 2016-2017, die minstens 45 van de 60 eerste studiepunten van het studieprogramma van de eerste cyclus hebben verworven en die zich na de uiterste datum voor de inschrijving voor de studie geneeskunde en de studie tandheelkunde inschrijven gedurende het academiejaar 2017-2018, geacht voor deze studies ingeschreven te zijn sinds 14 september 2017.

⁴¹ Decreet van de Franse Gemeenschap van 19 oktober 2017 (BS 03.11.2017) betreffende de bijzondere toestand van de studenten die het ingangs- en toelatingsexamen voor de studie van de eerste cyclus in de geneeskunde en de eerste cyclus in de tandheelkunde hebben afgelegd en die zich voor het academiejaar 2017-2018 voor de studie diergeneeskunde wensen in te schrijven.

4. Groenboek voor de financiering en programmatie van stages voor artsen. Dubbele cohorte 2018 – 2024

i. Presentatie van de nota

Minister De Block heeft niet echt veel gedaan om te anticiperen op de dubbele cohorte van artsen in 2018⁴² (afstuderen van de laatste 7-jaarsopleiding én van de eerste 6-jaarsopleiding)⁴³. De BVAS heeft dit al meermaals aangeklaagd.

Het was wachten tot het laatste kwartaal van 2017 om haar standpunt terzake te lezen in haar *“Groenboek voor de financiering en programmatie van stages voor artsen. Dubbele cohorte 2018 – 2024. Naar een geïntegreerde oplossing voor stagecapaciteit, stagefinanciering en kwaliteitscontrole”*. Wat onthouden we hiervan?

De vaststellingen als vertrekbasis zijn:

- De dubbele cohorte betekent dat de stagecapaciteit met 15 à 20% moet worden verhoogd⁴⁴. Het effect van deze verhoging in de tijd hangt af van de opleidingsduur. Hiertoe moeten meer bepaald de (onder meer financiële) voorwaarden van de stagemeester herzien worden.
- Er bestaat in België geen enkel transparant en uniform financieringsmodel voor de artsenstages. Er zijn systemen al naar gelang het om huisartsen dan wel om specialisten gaat.
- Een andere belangrijke vraag is die van de voorafgaande en continue evaluatie van de kwaliteit van de stageplaatsen en stagemeesters.
 - o Het concept “stagemeester” maakt in de reglementering geleidelijk plaats voor het concept “stageteam”, met ruime omkadering voor de arts in zijn beroepsopleiding.
 - o Deze kwaliteitscontrole wordt momenteel uitgevoerd bij de erkenningsaanvraag of de vernieuwing daarvan. De overheid wil een nieuw beleid voeren, met kwaliteitsbeheer, indicatoren, “peer review” en opleiding voor stagemeesters.
- Uiteindelijk werd in de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid een speciale werkgroep opgericht om zich te buigen over de programmatie van stagediensten, het “begeleidingsbeleid”, de “dubbele cohorte” en de medische specialiteiten waar het aantal

55

⁴² Op basis van het KB van 12.06.2008 aangaande de contingentering in 2018, het jaar van de dubbele cohorte:

- De Vlaamse Gemeenschap kan maximaal 1.476 artsen diplomeren, met minstens 480 HA's, 24 kinder- en jeugdpsychiaters, 24 artsen-specialisten in acute geneeskunde, 12 in spoedgeneeskunde en 24 in geriatrie. Voor 2019 en 2020 komt men aan de helft van deze quota.
- De Franse Gemeenschap mag maximaal 984 artsen diplomeren, met minstens 320 HA's, 16 kinder- en jeugdpsychiaters, 16 specialisten in acute, 8 in spoedgeneeskunde en 16 in geriatrie. Voor 2019 en 2020 komt men aan de helft van deze quota.

⁴³ Eind oktober 2017 steunt de BVAS de studenten die betogen tegen dit probleem. De BVAS hekelt het feit dat minister De Block de vereiste 30 miljoen euro voor de financiering van extra stageplaatsen niet wil vrijmaken.

⁴⁴ Merk op dat er sprake is geweest van 1.500 ontbrekende stageplaatsen; dit cijfer is meermaals neerwaarts herzien. Einde 2017 was er omgekeerd zelfs sprake van een overschot van 120 mogelijke HA-plaatsen en een tekort van 850 voor specialisten, in de ziekenhuizen. Hierbij wordt geen rekening gehouden met specialiteiten buiten het RIZIV (die het tekort tot 800 zouden kunnen terugbrengen) en evenmin met de stijgende interesse voor HA (nu de keuze van 40% van de artsen tegen vroeger 30%) zodat we uiteindelijk zouden kunnen uitkomen op een tekort van 250 stageplaatsen in oktober 2018.

artsen (opgeleid en in opleiding) niet in verhouding staat tot de zorgvraag en de behoeften van de structuren.

Concepten

1. Versoepeling van de stagevoorwaarden:

a. Voor de specialisten⁴⁵

- i. **Van 6 maanden naar 1 jaar stage in het kader van een dienst die niet erkend is** als stagedienst, om bepaalde specifieke vaardigheden te verwerven die tot een beperkt subdomein van de specialiteit behoren en die niet kunnen worden verworven in een erkende stagedienst.
- ii. **Stageonderbreking:** voortaan wordt het mogelijk de stage tijdelijk te onderbreken en later voort te zetten. De totale duur blijft echter gelijk: het resterende deel wordt na de onderbreking afgewerkt. De stagemeeester bepaalt de mogelijke duur van de onderbreking.
- iii. **Deeltijdse stage:** met akkoord van de stagemeeester en toestemming van de erkenningscommissie wordt de mogelijkheid gegeven om op beperkte wijze deeltijds stage te lopen (om andere dan medische redenen). Dit verlengt de stageduur echter proportioneel. Er moet ook minstens 50% stage gepresteerd worden.

Nog voor de officiële publicatie van de nota waren de normatieve teksten al veranderd in die zin. Het MB van 06.10.2017 tot wijziging van het MB van 23.04.2014 tot vaststelling van de algemene criteria voor de erkenning van arts-specialisten, stagemeeesters en stagediensten werd gepubliceerd op 31.10.2017 om de deeltijdse SP-stages mogelijk te maken (wijziging van artikel 4) en om de duur van de stage in een niet-erkend ziekenhuis naar 1 jaar te brengen (wijziging van artikel 12).

56

b. Voor de huisartsen

i. **Valorisering van de stage in het ziekenhuis:** Volgens artikel 2 van het MB van 01.03.2010 tot vaststelling van de criteria voor de erkenning van huisartsen duurt de opleiding tot HA 3 jaar. De minister wenst een valorisering van de stage in het ziekenhuis en beroept zich hiertoe op een uitzonderingsclausule van artikel 28, 2 §2 van de Europese Richtlijn 2005/36/EG betreffende de erkenning van beroepskwalificaties. Zij wil stipuleren dat de ziekenhuisstage die zij lopen tijdens de

⁴⁵ We zien ook de wil om de "fellows" beter te omkaderen, nl. zij die een diploma hebben van arts, SP zijn of HA of SP in opleiding, en die een bijzondere techniek willen aanleren, en worden aanbevolen door een universiteit buiten de EU, EER. Zij kunnen enkel worden opgeleid in een universitaire dienst die erkend is als stagedienst; de stageduur is beperkt tot 2 jaar (onder bepaalde voorwaarden te verlengen met één jaar). In hun geval wordt geen visum afgeleverd; ze zijn niet geregistreerd bij de Orde van Artsen. Een KB definieert echter in welke specialiteit handelingen mogen worden verricht en binnen welke dienst, met vermelding van het verantwoordelijke afdelingshoofd. De fellow mag in geen geval de geneeskunde beoefenen onder eigen verantwoordelijkheid. Deze zogenaamd speciale opleiding mag in principe niet leiden tot een erkenning als arts-specialist in België (maar in de praktijk wordt dit nauwelijks gecontroleerd). De handelingen of prestaties mogen in principe niet leiden tot gebruik van de nomenclatuur (hoewel de diensthoofden in de praktijk de prestaties van de fellow aanrekenen). Dit houdt meerdere problemen in: op het niveau van stageplaats (de praktijk toont aan dat ze worden aangeworven bovenop het aantal toegekende stageplaatsen per stagelocatie), kwaliteit (overtal aan stagiairs), kader waarin de fellows worden ingeschakeld (we weten niet zeker of ze alleen doen wat ze mogen doen), verbod om SP te worden in België (we weten dat sommigen het doen en dat het systeem niet feilloos is), ontbreken van mogelijke sanctie (vermits ze niet ingeschreven zijn in de Orde en niet over een visum beschikken), de rechten van de patiënt (vermits ze niet erkend zijn, zijn ze niet onderworpen aan de wetgeving op de patiëntenrechten, en evenmin aan de deontologie). De BVAS is voorstander van een beperking en een betere naleving van de wetgeving voor de fellows en, in de toekomst, van een beperking van het aantal stageplaatsen voor buitenlandse artsen.

basisopleiding geneeskunde (in het 6^{de} jaar), uitzonderlijk zou kunnen meetellen voor de valorisering van de ziekenhuisstage waarvan sprake in de specifieke HA-opleiding⁴⁶.

Deze mogelijkheid geldt enkel voor kandidaat-huisartsen met een universitair getuigschrift voor de jaren 2018 tot en met 2024. Deze valorisering zal enkel mogelijk zijn voor zover deze stage de relevante aspecten van klinisch werk vanuit het standpunt van de huisartsgeneeskunde betreft en plaatsvond in een erkend ziekenhuis met de nodige uitrusting en diensten voor de algemene geneeskunde.

ii. **Mogelijkheid van deeltijdse stages**, voor zover een activiteitspercentage van minstens 50% wordt bereikt; dit impliceert vanzelfsprekend een verlenging van de opleidingsduur.

iii. Huisartsen kunnen ook **onderzoek inzake huisartsgeneeskunde in het kader van een wetenschappelijke stage valoriseren**. Deze wetenschappelijke stage mag maximaal 12 maanden duren en mag voor 50% als beroepsstage worden beschouwd.

Nog voor de officiële publicatie van de nota publiceert de minister het MB van 06.10.2017 tot wijziging van het MB van 01.03.2010 tot vaststelling van de criteria voor de erkenning van huisartsen. Deze wijziging omvat de mogelijkheid van valorisering van de ziekenhuisstage (art 2/1), de mogelijkheid van deeltijdse stage (art 9) en de mogelijkheid van valorisering van wetenschappelijke stage (art 13, §3).

57

2. Financiering⁴⁷:

⁴⁶ In zijn advies van 23.02.2017 pleit de Hoge Raad van Artsen-Specialisten en Huisartsen voor invoering, zoals gepland, van beroepsopleiding in drie jaar. De Raad voegt eraan toe dat de beroepsopleiding in drie jaar moet worden gefinancierd volgens dezelfde voorwaarden als de vroegere beroepsopleiding in twee jaar. De Hoge Raad beveelt ook aan dat het principe van de eis van 6 maanden ziekenhuisstage binnen de 3 jaar beroepsopleiding zoals gepland wordt opgenomen in de reglementering. De mogelijkheid van een uitzondering in de erkenningscriteria kan oordeelkundig zijn (in het belang van de HA in opleiding) in geval van strikte noodzaak in de veronderstelling dat, in de context van de dubbele cohorte, een kandidaat-huisarts geen stageplaats zou vinden in een ziekenhuis. Een onderbreking in het opleidingstraject moet worden vermeden, net zoals uitstel van erkenning. Aan deze uitzonderingsmaatregel, die juridisch extreem secuur gedefinieerd moet worden, koppelt de Hoge Raad nochtans de volgende voorafgaande voorwaarden: 1. De Europese reglementering moet het toestaan en de mobiliteit van de komende generatie huisartsen mag in geen geval ondergraven worden; 2. Deze strenge uitzonderingsmaatregel mag niet de algemene regel worden. Nauwlettende opvolging van de toepassing van deze uitzonderingsmaatregel is dus aan te raden en kan eventueel een motief vormen voor een wenselijke aanpassing van de reglementering.

⁴⁷ Het plan voor een forfaitaire retributie per niet-universitaire stagemeester werd (eind juli 2017) goedgekeurd door de Medico-Mut en het Verzekeringscomité. De BVAS is altijd hevig voorstander geweest van deze maatregel die een einde maakt aan de toestand waarbij geen enkele compensatie was voorzien voor opleiding van artsen-specialisten in niet-universitaire ziekenhuizen. Dankzij de BVAS werd bedoelde maatregel effectief opgenomen in het Nationaal akkoord artsen-ziekenfondsen 2016-2017, punt 4.2.10. Wij wachten nu op publicatie van de tekst in het BS. De publicatiedatum is nog niet meegedeeld maar het KB treedt met terugwerkende kracht in werking vanaf 2016. De universitaire ziekenhuizen krijgen al jaren een contributie voor de stagemeesters die er actief zijn voor de opleiding van arts-specialisten in opleiding (ASO). Voortaan geldt hetzelfde type vergoeding voor de stagemeesters in de niet-universitaire ziekenhuizen. Deze zal worden betaald aan de stagemeester die erom vraagt. Voor de jaren 2016 en 2017 wordt een forfaitaire retributie van 1.510,57 euro per stagemeester toegekend, en dit per volledige kalendermaand effectieve begeleiding, ongeacht het aantal kandidaat-specialisten in opleiding in de dienst. Gezien het zeer beperkte beschikbare budget werd geopteerd voor een betaling per stagemeester, niet per stagiair. Zo worden de specialisten waarvoor een schaarste heerst (bijv. geriatrie, pedopsychiatrie, psychiatrie, reumatologie enz.) aangemoedigd om een eerste of zelfs extra ASO's aan te trekken en op te leiden. In een later stadium zal deze retributie verhoogd worden met een bedrag per arts-specialist in opleiding en per maand, en dit volgens de beschikbare middelen. De stagemeester kan in de 90 dagen die volgen op publicatie van dit besluit in het BS een retributieaanvraag voor 2016 indienen. De vraag voor 2017 kan in principe worden ingediend vóór 31 mei 2018, voor zover het KB tijdig gepubliceerd geraakt. In voorkomend geval kan de vraag ook worden ingediend in de 90 dagen na publicatie van dit besluit. Op 13.05.2018 was de tekst nog altijd niet gepubliceerd.

De minister wenst het huidige huisartsensysteem (door de vzw CCFFMG, centre de coordination francophone pour la formation des médecins généralistes, aan Franstalige kant, en door de vzw SUI, aan Vlaamse kant) te behouden, maar tracht op voorstel van de BVAS en de artsen-specialisten in opleiding een ander systeem te creëren voor de specialisten.

Zo wordt voorgesteld een interadministratieve structuur op te zetten met de FOD Volksgezondheid en het RIZIV. De reeds beschikbare financiële middelen (deel B7A van het BFM voor de stagemeesters van universitaire ziekenhuizen en hun stagiairs, de assistentiehonoraria en de 10 miljoen euro begroot voor stagemeesters in niet-universitaire ziekenhuizen) moeten worden aangevuld met RIZIV-middelen.

De financiering van de artsen in opleiding wordt opgesplitst: enerzijds een "voucher"-systeem waarmee het Fonds tegemoetkomt aan het "pedagogische gedeelte" van de stage en anderzijds via de stagemeesters, onder andere via de honoraria die zullen worden gegenereerd door de stagemeester of de artsen van de stagedienst. De financiering blijft dus hybride. De indicatieve vork voor de waarde van een voucher voor het opleidingsjaar is 10.000 à 15.000 euro. De vouchers worden toegewezen aan de arts in opleiding die ze overhandigt aan de stagemeester die ze verzilvert.

ii. Reactie van de BVAS

De BVAS, het VGSO (Vlaams Geneeskundig StudentenOverleg) en de VASO-AMSF (Nationale Vereniging voor Arts-Specialisten in Opleiding - Association nationale des Médecins Spécialistes en Formation) laten op 09.11.2017 via een persbericht weten dat ze op dezelfde golflengte zitten wat betreft hun beoordeling van het Groenboek.

De 3 organisaties stellen vast dat er zeker een stap voorwaarts wordt gezet, maar dat verduidelijkingen nodig zijn. Zij willen vooral deelnemen aan de komende besprekingen om dit Groenboek verder uit te werken. Ze zijn overigens verwonderd dat sommige voorstellen van het Groenboek zo overhaast werden omgezet in ministeriële besluiten (BS van 31/10/2017).

- Aangaande de deeltijdse stagemogelijkheid: vermits dit een proportionele verlenging van de stage impliceert, kan dit leiden tot maximaal een verdubbeling van de opleidingsduur en dus een negatief effect op het pensioen. De 3 organisaties wensen daarom meer informatie over dit onderwerp. De mogelijkheid om deeltijds een opleiding te volgen zou op zijn minst slechts gedurende een beperkt aantal jaren mogelijk mogen zijn.
- Valorisering van de ziekenhuisstage: het is onaanvaardbaar dat de zes maanden stage die de kandidaat-huisartsen in ziekenhuizen hebben gelopen tijdens hun basisopleiding als student, in aanmerking kunnen worden genomen voor de valorisering van de ziekenhuisstage in het kader van hun specifieke opleiding in huisartsgeneeskunde. De 3 organisaties dringen erop aan dat een financiering voor het 3e jaar wordt voorzien. Waarborgen zijn onmisbaar om te vermijden dat huisartsen in opleiding (HAIO's) en artsen-specialisten in opleiding (ASO's) met elkaar in concurrentie moeten gaan om een stageplaats te bemachtigen.
- Interadministratieve structuur: de BVAS, het VGSO en de VASO-AMSF reageren positief op de "interadministratieve structuur" (met de FOD Volksgezondheid en het RIZIV) voor het beheer van de financiering van de stages voor de ASO's. De BVAS heeft altijd gepleit voor dergelijke onafhankelijke structuur. De nauwe samenwerking met de Planningscommissie en de Hoge

Raad is een goede zaak. De BVAS dringt erop aan dat deze structuur een paritair beheer krijgt (RIZIV, FOD, artsensyndicaten, universiteiten en vertegenwoordigers van de ASO's).

- Vouchers: het Groenboek stelt voor om vouchers toe te wijzen aan de artsen in opleiding. Doel is deze vouchers te overhandigen aan de stagemeeester om ze te verzilveren. De BVAS, het VGSO en de AMSF roepen op tot uniformiteit voor dit systeem van individuele financiering. Er kan geen sprake zijn van modulering van vouchers volgens specialiteit, opleidingsplaats of aard van de stage. Verschil in vouchers aanbieden om schaarstespecialisaties te stimuleren, is ook uitgesloten. Er is geen enkele consensus voor een gedifferentieerde retributie voor ASiO's. Het doel moet net zijn de betalingen te harmoniseren. Verder hameren ze op de latere transformatie tot een normaal sociaal statuut sui generis van de HAIo's en de ASiO's dat een prioriteit moet blijven. Dit mag niet opzijgeschoven worden.

iii. Meer arts-specialisten in opleiding per stagemeeester

We verwijzen ook naar de publicatie op 14.02.2018 van het KB van 01.02.2018 tot wijziging van het KB van 21 april 1983 tot vaststelling van de nadere regelen voor erkenning van artsen-specialisten en van huisartsen.

Om studenten die in de dubbele cohorte afstuderen in staat te stellen een bijkomende beroepsopleiding te starten, stelt de minister vast dat het aantal stageplaatsen moet toenemen maar ook dat de stagemeeesters voor de opleiding van artsen-specialisten erkend zijn om een maximaal aantal kandidaten op te leiden. Dit aantal is uitdrukkelijk opgenomen in hun erkenningsbesluit.

Dit besluit bevat een maatregel die het mogelijk maakt het aantal stageplaatsen voor artsen-specialisten te verhogen. De erkende stagemeeesters kunnen vragen om meer kandidaten op te leiden dan hun erkenningsbesluit bepaalt. De tekst preciseert dat deze verhoging van het aantal kandidaten per stagemeeester op geen enkele manier de kwaliteit van de opleiding mag schaden.

De tekst voegt dus een nieuw art. 39bis in. Dit bepaalt dat een stagemeeester die met het oog op opleiding van artsen-specialisten bereid is in te staan voor de opleiding van meer kandidaat-specialisten dan het aantal dat is vastgelegd in zijn erkenningsbesluit, tijdens een erkenningsperiode van 5 jaar waarvoor hij een beschikt over een erkenning als stagemeeester voor de opleiding van artsen-specialisten, de minister hierover dient te informeren met een aangetekende brief. Hij vermeldt hierbij het maximale aantal kandidaat-specialisten dat hij wenst op te leiden per stagejaar, voor de restduur van de genoemde erkenningsperiode. Hij motiveert de manier waarop hij de kwaliteit van de opleiding kan blijven garanderen en refereert daarbij aan de activiteit en in voorkomend geval aan het personeelsbestand van de dienst. De vraag moet uiterlijk op 30 april 2018 ingediend zijn. De minister legt de kennisgeving bedoeld in het 1^{ste} lid ter advies voor aan de Hoge Raad.

Deze versoepelingsmaatregel is een van de oplossingen die de BVAS had voorgesteld met het oog op de opvang van de dubbele cohorte van artsen die hun studies in 2018 afronden.

Hoofdstuk V. Medische informatisering⁴⁸

1. Elektronisch voorschrift⁴⁹: Recip-e & PARIS

In ons vorige activiteitenverslag stonden we al stil bij het elektronisch voorschrift. We kondigden toen aan dat de artsen vanaf 01.01.2018 verplicht zouden zijn om geneesmiddelenvoorschriften langs elektronische weg af te leveren, behoudens uitzonderingen bepaald door de medico-mut.

We wezen in het vorige activiteitenverslag al op twee elementen:

- Enerzijds de incoherentie tussen de invoeging van deze verplichting op 1 januari 2018 terwijl de wet van 18.12.2016 die via haar artikel 8 een wijziging toepast op artikel 36 septies van de "Wet Geneeskundige Verzorging en Uitkeringen" een andere vervaldag voorziet voor de "GMD = EMD => Sumehr"⁵⁰. Deze tekst bepaalt inderdaad dat het honorarium voor het GMD-beheer enkel verschuldigd is indien de HA een EMD gebruikt voor de betrokken begunstigde, met twee instapdatums voor deze verplichting:
 - o Voor de HA's, erkend als HA vanaf 01.01.2017 geldt de verplichting vanaf 01.01.2017.
 - o Voor de andere HA's, erkend als HA vóór 01.01.2017, geldt ze vanaf 01.01.2021.
- Anderzijds vroegen sommigen naar een "klein programmaatje" om geneesmiddelen te kunnen voorschrijven. Het is namelijk zo dat sommigen:
 - o aan het einde van hun loopbaan komen,
 - o of al gepensioneerd zijn maar nog een RIZIV-nummer hebben en voldoen aan de voorwaarden om te mogen voorschrijven,
 - o of kleine voorschrijvers zijn (eventueel buiten het RIZIV werken, eventueel actief zijn maar weinig voorschrijven),
 - o specialist zijn maar ook privé werken en dus geen elektronisch ziekenhuisprogramma hebben en evenmin een EMD, en bovendien geen telematicapremie genieten.

60

De BVAS heeft er hard voor geijverd om een compromisoplossing voor deze artsen te vinden.

i. Verplicht elektronisch voorschrift

Begin december vernamen we dat de verplichting tot elektronisch voorschrift uiteindelijk opschuift naar 1 juni 2018, dat er een vrijstelling van elektronisch voorschrift komt bij huisbezoek of bezoek in een instelling (WZC en RVT)⁵¹ en dat de artsen die de leeftijd van 62 jaar hebben bereikt op 1 juni

⁴⁸ De problemen met de datacommunicatie in het kader van het zorgtraject worden uitgelegd op pag. 25 en volgende, in het hoofdstuk over de Huisartsgeneeskunde. Voor het telematicahoofdstuk wijzen we ook op de invoering – op uitdrukkelijk verzoek van de BVAS – van een ethisch comité aangaande Healthdata. Meer informatie over de activiteiten in de sector zijn te vinden op de website https://www.ehealth.fgov.be/ehealthplatform/fr/events/2018/1?event_filter_form%5BeventType%5D=&event_filter_form%5B_token%5D=zYDQPihRh2fUf0_oCXykirAW6v6SGKpyomYcsLUKpp8

⁴⁹ Wettelijke basis:

- Verordening van 05.12.2016 betreffende het elektronisch voorschrift binnen het ziekenhuis: betreft alle voorschriften BINNEN het ziekenhuis.
- Verordening van 19.12.2016 betreffende het ambulante elektronisch voorschrift, betreft momenteel alleen het voorschrift voor geneesmiddelen; geldt dus niet voor andere ambulante voorschriften, bijvoorbeeld in medische beeldvorming.

⁵⁰ Summarized Electronic Health Record.

⁵¹ Het elektronisch voorschrift waarvan hier sprake is, betreft dus uitsluitend de voorschriften voor geneesmiddelen voor ambulante patiënten in het kabinet van de voorschrijver en tijdens een (ambulante) raadpleging in het ziekenhuis of in andere sectoren zoals de wachtposten. Deze verplichting geldt enkel voor geneesmiddelen, voorgeschreven op merknaam, in gebruikelijke benaming of als magistrale bereiding, en ongeacht terugbetaalbaarheid of niet van het geneesmiddel.

2018, eveneens vrijgesteld zullen zijn. Voor deze laatsten wordt dit gerechtvaardigd door het feit dat ze de wettelijke pensioenleeftijd (65 jaar) bereikt zullen hebben in 2021, wanneer de EMD-verplichting om te kunnen genieten van het honorarium voor het beheer van een medisch dossier in voege treedt. Vanaf 2021 zal volgens de huidige versie van de normen echter iedereen (ongeacht de leeftijd) verplicht worden om over te stappen op het elektronisch dossier.

Aangaande de volledige dematerialisering (d.w.z. opheffing van de verplichting om de streepjescode af te drukken op een bewijsstuk): zover zal het pas zijn vanaf medio 2019. De "dematerialisering"-taskforce die eind 2017 werd geïnstalleerd, zal een "dematerialiseringstraject" uitwerken.

In een nabije toekomst zal de patiënt ook in staat zijn om op elektronische wijze de openstaande voorschriften te raadplegen in de apotheek of met behulp van een app.

ii. Elektronisch voorschrijven in "light"-versie⁵²

In de loop van het jaar werd aangekondigd dat er nog vóór einde 2017 een kosteloos programma zou komen voor kleine voorschrijvers: PARIS (Prescription & Autorisation Requesting Information System). Het programma zal beschikbaar zijn voor huisartsen en artsen-specialisten (en voor tandartsen en vroedvrouwen) die (nog) geen EMD (elektronisch medisch dossier) hebben voor hun patiënt, of op zeker ogenblik geen toegang hebben tot het EMD, of buiten de curatieve zone werken, gepensioneerde artsen of occasionele voorschrijvers: naar raming samen ongeveer 20.000 artsen.

Met PARIS is elektronisch voorschrijven mogelijk van medicatie en nevenproducten (bijv. vitamines):

- een voorschrift creëren;
- de nog niet afgeleverde, door de voorschrijver opgestelde voorschriften raadplegen;
- een nog niet afgeleverd voorschrift annuleren;
- een kennisgeving sturen naar een individuele apotheker;
- de feedback van de apotheker op de nog af te leveren voorschriften weergeven;

61

Opgelet: in tegenstelling tot wat oorspronkelijk werd gezegd, zal geen minimale basisdienst voor de elektronische vergunningen voor medicatie van hoofdstuk IV aangeboden worden; een dergelijke webapplicatie is immers al beschikbaar op eHealth, via de applicatie CIVARS.

Er is overigens geen enkele interactie met het EMD of andere systemen voor gegevensdeling voorzien.

PARIS zal toegankelijk zijn

- via het eHealth-platform;

Anders gezegd: een voorschrift op papier blijft toegestaan in de volgende gevallen:

- tijdens de overgangperiode tot 31 mei 2018
- vanaf 1 juni 2018 in een van de volgende situaties:
 - o indien de ambulante voorschrijver op 1 juni 2018 de leeftijd van 62 jaar heeft bereikt
 - o indien het medisch voorschrift, ongeacht de leeftijd van de voorschrijver, ambulant wordt voorgeschreven door een huisarts, arts-specialist, vroedvrouw of tandarts:
 - bij de patiënt thuis
 - in een woonzorgcentrum (WZC) of een rust- en verzorgingstehuis (RVT)
 - o (altijd) in geval van nood: een "noodhulpprotocol" (in voorbereiding) beschrijft de voorwaarden en de situaties waarin het papieren voorschrift toegestaan blijft uit overmacht:
 - o er is onbetwistbaar sprake van dringende medische hulp
 - o de voorschrijver is vreemdeling en heeft geen INSZ-nummer (of bisnummer)
 - o de buitenlandse patiënt heeft geen INSZ-nummer (of bisnummer)
 - o pasgeborenen die nog geen INSZ-nummer hebben

⁵² Het is dan mogelijk elektronisch voor te schrijven via een Elektronisch medisch dossier (EMD), een geïnformatiseerd patiëntendossier (IPD) of PARIS.

- via pc, portable en op termijn ook via tablet en smartphone;
- na authenticatie met elektronische identiteitskaart en pincode.

Voor identificatie op PARIS is naast een identiteitskaart en uw pincode ook de identiteitskaart van de patiënt vereist.

Om PARIS te gebruiken zal men aanvankelijk ook over een eHealth-certificaat moeten beschikken⁵³. Vanaf 1 juni 2018 wordt het mogelijk PARIS te gebruiken zonder dit certificaat.

2. QuintilesIMS

Begin oktober 2017 vernamen we via de pers dat een vijftiental ziekenhuizen hun gegevens hadden verkocht aan het privébedrijf QuintilesIMS.

De juridische dienst van de BVAS maakte een analyse van een overeenkomst tot medewerking aan de statistische analyses, uitgegeven door de firma QuintilesIMS Health voor meerdere ziekenhuizen. Ons besluit is dat de contracten van IMS Health problemen inhouden op diverse niveaus.

De kruislingse analyse van het contract en het advies van de Privacycommissie bracht aan het licht dat er een essentieel element ontbreekt in de overeenkomst die ter ondertekening wordt voorgelegd aan de ziekenhuizen: de firma Custodix werd geacht op te treden als Trusted Third Party (TTP) voor de codering van de persoonsgegevens. De Privacycommissie heeft haar advies effectief gegeven op basis van het project van IMS Health dat de interventie van die derde impliceerde. Deze derde is echter volledig afwezig in het uiteindelijke contract.

Een ander element trok onze aandacht: het advies van de Privacycommissie preciseert dat de gezondheidsgegevens die IMS Health verzamelt en analyseert, zouden worden geanonimiseerd en ter beschikking gesteld van klanten zoals farmaceutische bedrijven, bedrijven die actief zijn in de sector van de medische hulpmiddelen, het RIZIV, de ziekenhuizen, de universiteiten (cf. punt 1.3 van het advies van de Privacycommissie van 16/9/2014). Deze klanten worden echter niet met naam genoemd in de partnerschapsovereenkomst maar onder de vage generieke benaming "derden". Naar ons gevoel is dat iets heel anders, en knaagt dit aan de principes (vooral transparantie) die gelden voor de verwerking van persoonsgegevens.

Wat het gehanteerde coderingsproces aangaat: de gegevens lijken slechts gedeeltelijk geanonimiseerd te zijn. Sommige blijven zelfs geïdentificeerd.

De commercialisering van privégegevens zou ook een probleem van ethische aard vormen.

De BVAS heeft officieel gereageerd om deze praktijk te laken en gelast de Medische Raden om de ondertekening van een dergelijke overeenkomst te weigeren. Volgens de feedback die wij hebben ontvangen, werden sommigen effectief benaderd maar was uiteindelijk niemand bereid te tekenen.

⁵³ Gebruikt voor authenticatie van de actoren in de gezondheidszorg wanneer hun IT-systemen (bijv. een softwarepakket voor huisartsen) een beroep doen op diensten van het eHealthplatform (zoals de eHealthBox of tijdsregistratie).

Hoofdstuk VI. Veiligheid van de artsen

1. Beroepsgeheim

Een BVAS-delegatie had op 10 maart 2017 een ontmoeting met minister Koen Geens (Justitie), om opnieuw te overleggen over de veiligheid van de artsen. Dit is een belangrijk probleem, vermits één arts op drie in de voorbije 10 jaar werd geconfronteerd met fysiek geweld.

Tijdens dit gesprek verwees de minister naar zijn wetsontwerp betreffende het "casuoverleg" en de daarbij behorende overdracht van vertrouwelijke informatie⁵⁴. Dit ontwerp gaat uit van de vaststelling dat het zeer moeilijk is om kindermishandeling op te sporen, en dat de arts in sommige gevallen een rol te spelen heeft. In deze context zouden de artsen, in uitzonderlijke situaties, gegevens die tot het medisch geheim behoren, kunnen delen met andere artsen, zorgverleners, actoren uit justitie en burgemeesters. Dit overleg zou dus nuttig kunnen zijn. Het reikt verder dan dit ene praktijkvoorbeeld: artsen zouden elkaar kunnen waarschuwen omtrent de gevaarlijkheid van een patiënt. De BVAS ondersteunt dus het wettelijke initiatief van minister Geens, op voorwaarde dat het beroepsgeheim op elk niveau beschermd wordt.

2. Omzendbrief van minister Jambon

Bij een ontmoeting op 19/09/2016 met minister Jambon (Binnenlandse Zaken), werden akkoorden gesloten omtrent een sensibiliseringscampagne, een "alarm"-applicatie⁵⁵ en een omzendbrief om de creatie van protocols tussen huisartsenkringen en politiezones op federaal niveau te stimuleren.

Eind april 2017 stuurde de minister een omzendbrief naar alle politiezones om ze te sensibiliseren voor de veiligheid van de artsen, om eventuele problemen te identificeren en een nauwere samenwerking tussen politie, gerechtelijke autoriteiten en huisartsenkringen tot stand te brengen.

De BVAS juicht de verzending van deze omzendbrief toe. Een dergelijke mededeling aan de politiezones (die hierdoor een officiële instructie wordt) sluit direct aan op het uitdrukkelijke verzoek van de BVAS tijdens ons gesprek van 19 september 2016 op het kabinet-Jambon.

⁵⁴ De wet van 06.07.2017 houdende vereenvoudiging, harmonisering, informatisering en modernisering van bepalingen van burgerlijk recht en van burgerlijk procesrecht alsook van het notariaat, en houdende diverse bepalingen inzake justitie (de zogenaamde Potpourri V), voegt art. 458ter toe aan het Strafwetboek: § 1. *Er is geen misdrijf wanneer iemand die uit hoofde van zijn staat of beroep houder is van geheimen, deze meedeelt in het kader van een overleg dat wordt georganiseerd, hetzij bij of krachtens een wet, decreet of ordonnantie, hetzij bij een met redenen omklede toestemming van de procureur des Konings.*

Dit overleg kan uitsluitend worden georganiseerd met het oog op de bescherming van hetzij de fysieke en psychische integriteit van de persoon of van derden, hetzij ter voorkoming van de misdrijven bedoeld in Titel I ter van Boek II of van de misdrijven gepleegd in het raam van een criminele organisatie, zoals bepaald in artikel 324bis.

De in het eerste lid bedoelde wet, decreet of ordonnantie, of de met redenen omklede toestemming van de procureur des Konings bepalen ten minste wie aan het overleg kan deelnemen, met welke finaliteit en volgens welke modaliteiten het overleg zal plaatsvinden.

§ 2. *De deelnemers zijn tot geheimhouding verplicht wat betreft de tijdens het overleg meegedeelde geheimen. Eenieder die dit geheim schendt, wordt gestraft met de straffen bepaald in artikel 458.*

De geheimen die tijdens dit overleg worden meegedeeld, kunnen slechts aanleiding geven tot de strafrechtelijke vervolging van de misdrijven waarvoor het overleg werd georganiseerd.

⁵⁵ Merk op dat sinds eind juni 2017 een applicatie 112BE beschikbaar is. Deze maakt het mogelijk elke burger te lokaliseren die ze gebruikt om een ziekenwagen, brandweer of politie te bellen. De artsen kunnen deze applicatie gebruiken in geval van agressie. Bij het downloaden van de applicatie moet de gebruiker een formulier invullen waardoor de hulpdiensten toegang krijgen tot allerlei info: bloedgroep, eventuele gezondheidsproblemen, ... De gebruiker kan klikken op ziekenwagen, brandweer of politie. De app verzendt dan zijn geografische locatie die om de 30 seconden wordt geactualiseerd. Er is ook mogelijkheid tot chatten in het geval praten niet mogelijk is.

De BVAS betreurt niettemin dat deze omzendbrief de politiediensten enkel aanmoedigt – en niet verplicht – om een protocol aan te gaan met de huisartsen. De BVAS neemt zich voor om alle knowhow waarover ze beschikt in te zetten voor de uitwerking van modellen van protocol tussen politie en huisartsen die bruikbaar zijn om nieuwe veiligheidsmaatregelen voor de artsen tot stand te brengen.

Begin december was de start van het proces tegen de agressor die dokter Patrick Roelandt met een mes om het leven bracht, voor de BVAS de aanleiding om de overheden te herinneren aan de noodzaak om meer te doen tegenover dit probleem dan wat nu voorzien is. De BVAS is voorstander van uitwerking van een coherent veiligheidsplan op federaal niveau.

Het veiligheidsprobleem vergt een betere status quaestionis. Momenteel is slechts weinig informatie beschikbaar, en dan nog fragmentair en onvoldoende als basis voor een gepast strategisch plan. Het contactpunt om agressie tegen artsen te melden, registreerde nog maar 105 aangiften. Dat is louter het topje van de ijsberg. Cijfers van de VUB tonen aan dat meer dan 80% van de artsen al te maken hadden met geweld of het slachtoffer waren van agressie. Voor de BVAS is het van cruciaal belang dat er een betere coördinatie komt voor het opstellen van agressierapporten.

De nieuwe brochure "Een veilige dokterspraktijk" is een stap in de goede richting. De BVAS roept de overheid op om – dringend – ook campagne te voeren bij het grote publiek om meer respect voor de zorgverleners te vragen.

Hoofdstuk VII. Chronische ziektes – Chronic Care-projecten

In de activiteitenverslagen van 2015 en 2016 vermeldden we reeds diverse actieplannen ten voordele van chronisch zieken, en meer bepaald het plan op federaal én gewestniveau dat in februari 2016 werd gelanceerd met een drievoudige doelstelling, een "triple AIM": zorg van hogere kwaliteit ontwikkelen voor de betrokken patiënten, met oog voor een efficiëntere inzet van de toegewezen middelen, tot verbetering van de gezondheidstoestand van de bevolking. Het is de bedoeling de benadering van de chronisch zieken te herorganiseren volgens een meer geïntegreerd model.

In het kader van de oproep tot pilootprojecten, uiteengezet in het verslag van vorig jaar, worden de geselecteerde project-owners verplicht om gedurende 7 maanden een concreter concept uit te werken in de vorm van een locoregionaal actieplan voor 4 jaar. Na deze conceptualiseringsfase kan een kandidatuur definitief worden en wordt het project uitvoerbaar op basis van overheidsfinanciering voor een coördinator en voor de beheerkosten.

Sinds juni 2016 ontwikkelen 20 kandidaten een actieplan (10 in Vlaanderen, 7 in Wallonië, 2 in Brussel en 1 in de Duitse Gemeenschap). Elk project krijgt 68.000 euro voor coördinatie van zijn activiteiten in de conceptualiseringsfase. In de uitvoeringsfase van het plan volgt een bedrag van 150.000 euro voor projectcoördinatie. De kandidaten genieten ook steun van consultancykantoor Möbius.

In februari 2017 schreven de BVAS en anderen het RIZIV aan om problemen met de invoering van de pilootprojecten aan te klagen: er is veel onwetendheid rond dit dossier en er is overleg nodig om iedereen te informeren. Hierna vond op 29/03/2017 een informatiesessie plaats om de strategische visie achter deze projecten te verduidelijken en de in het KB genomen opties voor dit dossier uit te leggen. Er moet inderdaad een KB gepubliceerd worden met al deze informatie en met een model van overeenkomst, te ondertekenen met elk pilootproject⁵⁶. Deze tekst laat echter op zich wachten, zodat de mensen die bij een project betrokken zijn, moeten conceptualiseren zonder wettelijk stramien.

Sommigen vrezen bijvoorbeeld dat – eenmaal het KB gepubliceerd – hun project eventueel niet meer overeenstemt met het juridisch kader en dat er een sanctie volgt als ze het pilootproject stopzetten zodra het KB gepubliceerd is. Gezien de vastgestelde problemen overwegen sommigen een einde te maken aan hun avontuur en niet over te gaan tot de concretiseringsfase.

Het is wachten tot 18.08.2017 op de publicatie van het KB van 31.07.2017 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder het Verzekeringscomité van het RIZIV overeenkomsten kan sluiten voor de financiering van pilootprojecten voor geïntegreerde zorg. De kandidaten hadden tijd tot 18.09.2017 om hun kandidatuur in te dienen. Deze kandidaturen werden door een jury geëvalueerd op basis van een evaluatioerooster met een twintigtal criteria. In de jury zetelden meer bepaald dr. Bernier en dr. Zaeytjdt namens de BVAS. Een goede evaluatie leidt tot een mondeling gesprek. De tekst bepaalt dat er akkoorden worden gesloten met maximaal 20 pilootprojecten.

Op basis van al deze resultaten brengt de jury verslag uit bij de Permanente Werkgroep⁵⁷ die zelf verslag uitbrengt bij het Verzekeringscomité. Daarna wordt het project gedurende 4 jaar uitgevoerd, waarop een evaluatie en eventueel een uitbreiding volgt. In december 2017 vernemen we dat 14 projecten weldra zullen starten vermits het Verzekeringscomité de selectie heeft goedgekeurd.

⁵⁶ De eerste versie van de tekst wordt in juli 2017 door de Raad van State afgewezen.

⁵⁷ Er wordt een permanente werkgroep opgericht bij het Verzekeringscomité, met als opdracht o.a. de coördinatie van de pilootprojecten, het voorstellen van de geselecteerde kandidaten, de overeenkomsten, ...

Hoofdstuk VIII. Internationale activiteiten

De BVAS is ook op internationaal niveau aanwezig.

1. Verslag van de algemene vergadering van UEMO 26-27 mei 2017 in Londen

*Bijdrage van dr. Willy André,
Huisarts
Ondervoorzitter van de BVAS-afdeling Henegouwen, Namen, Waals-Brabant
Bestuurder van de BVAS
Vertegenwoordiger van de BVAS bij de internationale organen*

Dr. Marc Porter, voorzitter van de BMA (British Medical Association) verwelkomt ons en legt uit dat de Britse artsen gekant zijn tegen de Brexit: artsen kennen geen grenzen.

Prof. Lanpard, voorzitter van het Royal College of General Practitioners, stelt dat de Brexit ons niet zal verdelen en dat de Britse huisartsen aangesloten blijven bij UEMO.

Dr. Nagpaul, voorzitter van het huisartsencomité, schetst diverse kenmerken van de huisartsengeneeskunde in het Verenigd Koninkrijk wat de kosten aangaat:

- 145 £/patiënt/dag (raadplegingen, huisbezoeken, inentingen, varia)
- 150 £/patiënt/dag in ziekenhuiscontext
- NHS-budget gaat van 10% naar 8 % van de totale begroting
- Aantal huisartsen vermindert (4/10 stopt ermee na 5 jaar)
- 10 minuten per raadpleging – 60 patiënten/dag
- vraag tot budgetverhoging. "If GP fails, the NHS fails".

66

Verslag van de voorzitter

- 18/11/2017 in Brussel: EAAD (European Antibiotic Awareness Day) over antibioticaresistentie.
- Ontmoeting met de Europese commissaris voor gezondheid (op diens verzoek), voor een presentatie van de toestand inzake zorgpersoneel, klachten en behoeften van elke UEMO-lidstaat. Zijn doel is om via de "Health Systems Performance Assessment" na te gaan welke resources mogelijk zijn en welk systeem het efficiëntst is.
- Europees Parlement, nov. 2016: deelname aan workshop "Health Promotion and Primary Prevention" over alcohol, tabak, voeding, fysieke activiteit. Uitwisseling van good practices.
- Bistairs-project: attitude tegenover gezondheidsstoornissen gekoppeld aan alcohol op het niveau van basiszorg en zorgdiensten – dringende gevallen en sociale diensten. Leemte in de betrokkenheid van basiszorg in de arbeidsgeneeskunde. Remediëringaanbevelingen: wat denken wij ervan als gezondheidsverantwoordelijken; wat kunnen we doen als huisarts?
- Doelstellingen: meer politiek gewicht voor de UEMO (EMA, eHealth, HTA Group), efficiëntie zoeken in het te realiseren werk (documenten, secretariaat, lobbywerk), verbeteren van de externe communicatie (website, facebook, twitter).

Erkenning van de huisartsengeneeskunde als specialiteit

Betreft richtlijn 2005/36/EG betreffende de erkenning van beroepskwalificaties: 17 landen erkennen de huisartsengeneeskunde als een specialiteit; in 8 landen (waaronder België) is het een kwalificatie. De UEMO vraagt de erkenning van de huisartsengeneeskunde als een specialiteit in de Europese ruimte. Een gezamenlijke verklaring van CPME-UEMO in april 2017 bepaalt dat de functie van huisarts op zichzelf een specialiteit inhoudt.

HTA (Health Technologic Assessment)

De UEMO neemt onder de vlag van de Europese Commissie (HTA network) deel aan deze vergadering van zorgverstrekkers (HA's – SP's – tandartsen - ...), patiëntenverenigingen, consumentenverenigingen, verzekeraars, ziekenfondsen, gezondheidsindustrie. Doel: evalueren hoe wetenschap en technologie zich transparant, efficiënt en patiëntgericht in dienst stellen van gezondheid en preventie.

In deze groep werd een "health provider pool" opgericht. De UEMO is voorzitter ervan, met als rol te bemiddelen tussen de diverse groepen van zorgverstrekkers, en standpunten te definiëren inzake efficiëntieproeven in diverse domeinen, efficiëntie in de zorgsector, algoritmen.

Algemeen beleid: de UEMO versterkt zijn posities op het niveau van EU, HTA, eHealth, Europese Commissie, EMA, Europese Raad.

67

Op het niveau van de werkgroepen

Cross Border Care: de erkenning van de beroepskwalificaties (richtlijn 2005/36) eist het gebruik van een beroepskaart. Deze bestaat al voor verpleegkundigen, fysiotherapeuten, apothekers, ambtenaren, berggidsen, ... Ongelijkheid wat gezondheid aangaat tussen verschillende Europese populaties, maar ook tussen stedelijke en rurale gebieden en tussen diverse sociaaleconomische groepen leidt ertoe dat WHO Europe (58 landen) er iets aan wil doen: Health Policy 2020.

eHealth: de Europese Unie promoot via e-Health en m-Health de interoperabiliteit en de standaarden van de EU Digital Single Market Strategy. Een groep bestudeert de haalbaarheid en de modaliteiten van deze intercommissies op het niveau van gezondheid (ICT) met oog voor de veiligheid, de toegankelijkheid en de traceerbaarheid van gegevens.

Gedragscode: samenwerking met profit- en non-profitsector is mogelijk na akkoord van een UEMO-compliancebureau, voor zover de transparantie en de onafhankelijkheid van de activiteit duidelijk is.

CME: een UEMO-werkgroep bereidt een organisatie van en voor huisartsen voor: de EABCME wordt de tegenhanger van EACCME en UEMS op Europees niveau.

2. Verslag van de EANA (Europese vereniging van artsen met vrije praktijk) 16-17 juni 2017 in Bazel

*Bijdrage van dr. Willy André,
Huisarts
Ondervoorzitter van de BVAS-afdeling Henegouwen, Namen, Waals-Brabant
Bestuurder van de BVAS
Vertegenwoordiger van de BVAS bij de internationale organen*

Inleiding:

Het thema van de vergadering is het elektronisch dossier in het kader van de e-Health. Onze activiteit moet leiden tot een voorstel voor de EU. De EANA heeft als doel vrije geneeskunde te ondersteunen (in Zwitserland gaat het bijv. om 1/3 van de artsen). De vrije geneeskunde is in gevaar door de economische druk, de concurrentie van ziekenhuizen en de administratieve overlast. Het elektronisch patiëntendossier (DEP) in Zwitserland.

Doelstellingen:

1. Doeltreffendheid, efficiëntie, kwaliteit;
2. Oplossen van problemen als vergrijzing, kostenstijging, personeelstekort en opnamestrategie;
3. Interoperabiliteit via PCN (nationaal contactpunt), e-voorschrift, patiëntentoeegang.
Modaliteiten: de PCN vraagt een nationale e-healthstructuur, een technische aanpassing, een architectuur van interoperabiliteit, standaarden in de diagnosedefinities, een regulering van de codering, geschikt personeel;

Wettelijke basis: art. 14 van Richtlijn 2011/24 (rechten van de patiënt op grensoverschrijdende gezondheidszorg).

Hinderpalen: onvoldoende ontwikkeld vertrouwen, uitbatingskosten, niet bewezen kosten/efficiëntie-verhouding.

Risico's: aantasting van de vertrouwelijkheid maar mogelijkheid tot de-identificatie van gegevens. Te weinig nauwkeurigheid in de vergelijkingen van protocols en interoperabiliteit.

Financiering: aanzienlijk. Wordt in Zwitserland geraamd op 3 miljard CHF voor de installatie en 2,5 miljard CHF voor de uitbating. Voor de privé-kabinetten: voor rekening van de artsen.

Commentaar van de deelnemers: naar vermenselijking van technische middelen; nood aan snelle antwoorden en resultaten. Naast objectieve elementen weinig ruimte voor het subjectieve: geneeskunde is wel degelijk een kunst.

Internationale samenwerking

Frankrijk: grote diversiteit van medische organisaties, onderzoeksorganismen en netwerken van privé- of openbare ziekenhuizen. De burger staat centraal in e-Health, en deze wil daarom de toegang tot de zorg en de autonomie verhogen, en aldus de mening en de rechten van de patiënten ondersteunen.

Europa: grote diversiteit per land.

CPME: telt 28 leden (Italië, Spanje, Portugal haakten af maar Portugal is teruggekeerd). Geassocieerde leden zijn Turkije, Servië, Israël. Associatie met UEMO, UEMS. Voorstel om Europese eenmaking te zoeken, maar werkt zelf geen eenvormig systeem uit. Huidige belangrijkste thema: medische autonomie = therapeutische vrijheid, vrijheid van opleiding, vrijheid van kwaliteit na te streven door de artsen, anders zullen anderen het opleggen.

Zwitserland: medische informatisering knabbelt aan achterstand. Intussen is de helft van de artsen geïnformatiseerd en hebben ze een EMD. E-Health wordt georganiseerd en gefinancierd door de kantons, samen met de sociale verzekeringen. Een tekort aan IT-personeel. De kostprijs is hoog en er worden geen besparingen verwacht door de IT-oriëntering. De complexe patiënt vraagt veel actoren en medicatie. Nood aan interdisciplinariteit en teams rond een gedeeld en gecoördineerd zorgplan. Coördinatie, dat is het team en niet één chef maar een ontmoeting van competenties. (Het probleem is dat iederéén chef wil zijn...).

Luxemburg: het dossier gedeelde zorg bestaat en streeft naar interoperabiliteit van de IT-systemen. De patiënt is meester van het dossier en kan bepaalde dingen verzwijgen.

Spanje: de autonomie van de patiënten staat vooraan. Toch heeft de huisarts geen akkoord van de patiënt nodig om zijn EMD op te stellen. De huisarts draagt de verantwoordelijkheid ervan.

België: uiteenzetting van het e-Healthprogramma, RSW, Vitalink, Abrumed, Sumehr...

EPSOS (European Patient Smart Open Services): 25 EU-landen + Noorwegen, Zwitserland, Turkije. Dit Europees project bevordert interoperabiliteit en steunt hiertoe op een wettelijke basis, organisatie, techniek en semantiek (inhoud). Elk land definieert zijn eigen techniek op basis van zijn wetgeving en zorgt voor een vertaling van de gegevens. Bijvoorbeeld: een Griekse arts kan via een contactpunt de gegevens van zijn patiënt in Zweden raadplegen; ze zijn vooraf vertaald van Zweeds naar Grieks.

Enige info en titels in de pers: Telegeneeskunde: betaling van 1 euro/telefonische raadpleging; raadpleging via smartphone, forfaitaire vergoeding, partnerschap Google-NHS, gezondheidsdiscussies op Facebook, gebruik van smartphones tussen artsen (veiligheid?), TripAdvisor gezondheid: evaluatie van artsen, diabetesvereniging bij Novo, Sanofi specialist in gezondheidstoepassingen, Orange HealthCare (stevig in de lift), uitgaven IBM voor Health-programma's: 4 miljard \$.

Algemene evolutie, te merken in meerdere landen: De overheden willen alles reglementeren. In Frankrijk bijv. de eerstelijnszorgteams, het regionale gezondheidsplan, het territoriale steunplatform (uit ziekenhuis, naar huis). In Zwitserland: betrokkenheid van de regering of van het kanton onder economisch mom. Het antwoord is de noodzaak om kwaliteitscriteria toe te passen.

5 voorstellen van de EANA voor een ambitieus beleid inzake e-gezondheid

De EANA (Europese associatie voor vrije geneeskunde) besluit in haar Algemene Vergadering van 16 en 17 juli 2017 in Bazel in te staan voor de ontwikkeling van e-Health in Europa, en roept op om de volgende principes toe te passen:

- Grensoverschrijdende interoperabiliteit van de systemen is een noodzaak om significante gegevens te verkrijgen inzake onderzoek en gezondheidsbeleid
- De veiligheid en het vertrouwen van alle gebruikers moet worden verzekerd, vooral door interdisciplinariteit, interprofessionaliteit en transversaliteit

- Het vertrouwen van de zorgprofessionals eist de creatie van een economisch leefbaar en transparant model;
- De evaluatie van de e-Health- en m-Healthvoorzieningen is essentieel om de veiligheid van de patiënten en de kwaliteit van de zorg te garanderen;
- De opleiding van de artsen en de begeleiding van de patiënten voor e-Health moeten de actieve samenwerking tussen alle spelers mogelijk maken.

3. AEMH – European Association of Senior Hospital Physicians

*Fragment uit het Activiteitenverslag 2017 van de GBS,
opgesteld door dr. Marc Moens
Toen nog secretaris-generaal van het VBS
Voorzitter van de BVAS*

Vóór de algemene vergadering van de AEMH op 5 en 6 mei 2017 verduidelijkte dr. B. MAILLET de standpunten van de CPME aangaande Big Data en de GDPR (general data protection regulation) tijdens de eHealthconferentie van 4 mei 2017.

Binnen de AEMH werd een European Board voor "Clinical Leadership" opgericht: deze zal focussen op de aanvullende en de continue opleiding van de collega's die actief zijn in beheersfuncties. Een nauwe samenwerking met UEMS zou gewaardeerd worden.

70

4. Comité Permanent des Médecins Européens – Standing Committee of European Doctors (CPME)

*Fragment uit het Activiteitenverslag 2017 van de GBS,
opgesteld door dr. Marc Moens
Toen nog secretaris-generaal van het VBS
Voorzitter van de BVAS*

De CPME organiseerde in 2017 twee vergaderingen: de lentemeeting in Vilnius (Litouwen) en de herfstmeeting in Brussel.

Bij de start van de vergadering kregen de werkgroepen beurtelings het woord: Beroepspraktijk, eHealth, Voeding & fysieke activiteit, Farmaceutische producten.

De meeting van de werkgroep "eHealth" werd geleid door dr. Bernard MAILLET.

Tijdens de CPME-conferentie van Vilnius werd de Taipei Declaration van de WMA omtrent ethische aspecten van databanken en biobanken goedgekeurd. De eerdere Helsinki Declaration over ditzelfde thema was immers toe aan actualisering en optimalisering, te beginnen met de interoperabiliteit van systemen en de privacyreglementering. Er werd ook informatie geleverd over de ontwikkelingen binnen de Joint Action ter ondersteuning van het eHealth Network (kortweg JaseHN).

Sinds het Brexitreferendum duikt de toestand van het Verenigd Koninkrijk op in elke bespreking.

De najaarsmeeting in Brussel van de delegatieleiders en voorzitters van de verschillende NMA's begon met een toespraak van Xavier PRATS MONNÉ van het Europese Directoraat-Generaal Health and Food Safety over prioritaire thema's in de agenda van dit Europese DG: onder meer bacteriële resistentie, inenting en de Health Technology Assessment. Daarna startten de activiteiten van de diverse werkgroepen Fysieke activiteit, Beroepspraktijk, Gezondheid van migranten, eHealth.

De werkgroep eHealth, onder voorzitterschap van dr. B. MAILLET, oogstte veel bijval met twee interessante presentaties: de unie van Noorse artsen besprak de implementatie van de GDPR (general data protection regulation), terwijl de KNMG de onderhandelingen rond de weldra te publiceren e-Privacy Regulation toelichtte.

Tijdens de algemene vergadering stelde dr. Rutger Jan VAN DER GAAG een nieuw "ambassadorial programme" voor. De bedoeling hiervan is dat elke CPME-vicevoorzitter het aanspreekpunt voor een aantal lidstaten wordt, zodat de dossiers doeltreffender kunnen worden ingediend binnen de CPME.

Tijdens de novembermeeting van de CPME werd Oekraïne benoemd tot waarnemend lid.

5. Verslag van de 206e WMA Council Meeting (World Medical Association) in Livingstone (Zambia), 20-22 april 2017⁵⁸

*Bijdrage van dr. Vincent Lamy,
Gastro-enteroloog,
Ondervoorzitter van de BVAS-afdeling Henegouwen, Namen, Waals-Brabant
Bestuurder van de BVAS
Vertegenwoordiger van de BVAS in de internationale bij de internationale organen*

71

De Raad van WMA (World Medical Association) vergadert twee keer per jaar, in het voorjaar en in het najaar, vóór de Algemene Vergadering. De voorjaarszitting vond dit jaar plaats in Livingstone (Zambia).

Deze 206^{de} raadszitting was open voor delegaties van alle WMA-lidstaten evenals waarnemers en genodigden. België was vertegenwoordigd door de BVAS-afgevaardigde dr. Vincent Lamy. Deze zitting vond plaats onder het voorzitterschap van onze Amerikaanse collega, dr. Ardis D. Hoven.

Prof. dr. Frank-Ulrich Montgomery van de Duitse medische associatie werd verkozen tot vicevoorzitter van de Raad. Penningmeester blijft dr. Andrew Dearden van de BMA.

De verslagen van zitting 204 en zitting 205 van de Raad werden goedgekeurd.

De voorzitter, dr. Ketan Dessai, bracht verslag uit over de activiteiten en mededelingen namens de WMA. De voorzitter reikte daarna twee gespreksthema's aan: het vraagstuk van de professionele autonomie en de geestelijke gezondheid.

⁵⁸ Aanvullende informatie vindt u op de website www.wma.net. Contact met dr. Vincent Lamy is mogelijk via het federale BVAS-secretariaat.

Er volgden diverse uiteenzettingen, o.a. een presentatie van het Rapport door de secretaris-generaal, Ottmar Kloiber.

De drie belangrijkste WMA-comités SMAC (medisch-sociale zaken), MEC (medische ethiek) en FPL (financiën en planning) vergaderden en presenteerden het verslag van hun werkzaamheden dat moet worden goedgekeurd tijdens de volgende Algemene Vergadering in Chicago, oktober 2017.

De WMA heeft nu een Facebookpagina, een nieuwe website www.wma.net en een Twitter-account.

De drie nieuwe comitévoorzitters werden verkozen:

Comité medisch-sociale zaken (SMAC): dr. Miguel Roberto Jorge (Brazilië)

Comité medische ethiek (MEC): dr. Heidi Stensmyren (Zweden)

Comité financiën en planning (FPL): dr. René Héman (Nederland)

Wij ontvingen alvast de volgende planning:

- Asian Meeting on Medical Ethics van 13 tot 15 september in Tokio (Japan)
- De 68e Algemene Vergadering van 11 tot 14 oktober 2017 in Chicago (VS)
- WMA European Meeting on Euthanasia van 16 tot 17 november 2017 in Rome (Vaticaanstad)
- De 209e vergadering van de Raad van 26 tot 28 april 2018 in Riga (Letland)
- De 69e Algemene Vergadering van 3 tot 6 oktober 2018 in Reykjavik (IJsland), voorafgegaan (2 tot 4 oktober) door een WMA Conference on Medical Ethics
- De 210e vergadering van de Raad in april 2019 in Santiago (Chili)
- De 70e Algemene Vergadering in april 2019 in Istanbul (Turkije)
- De 71e Algemene Vergadering in oktober 2020 in Tbilissi (Georgië)
- De 72e Algemene Vergadering in oktober 2021 in Beijing of Shanghai (Volksrepubliek China).

72

6. Verslag van de algemene vergadering van de World Medical Association (WMA) in Chicago, Verenigde Staten, 11-14 oktober 2017⁵⁹

*Bijdrage van dr. Philippe De Wilde,
Anesthesist,
Ondervoorzitter van de BVAS-afdeling Oost- en West-Vlaanderen
Bestuurder van de BVAS*

De BVAS was op de jaarlijkse WMA (World Medical Association) meeting in Chicago van 11 tot 14 oktober vertegenwoordigd door Dr Ph. De Wilde. De BVAS heeft 1 stem (op 149).

De Orde der Artsen heeft eveneens 1 vertegenwoordiger, maar zonder stemrecht.

Voordat een motie ter stemming kan worden voorgelegd mogen alle landen opmerkingen formuleren die al dan niet aanvaard worden na discussie en stemming. De steun van een ander land is onontbeerlijk om een motie te kunnen voorstellen.

Er werden moties aanvaard over therapeutische abortus, orgaandonatie o.a. bij gevangenen, verklaring van Hamburg over foltering, telegeneeskunde, recht op contraceptie, over het levenseinde, verklaring van Seoul over de professionele autonomie.

⁵⁹ Aanvullende informatie vindt u op de website www.wma.net. Contact met dr. Philippe De Wilde is mogelijk via het federale BVAS-secretariaat.

Een herziening van de verklaring van Genève - eed van Hippocrates - werd aanvaard, met hierin volgende zin "Ik zal mijn medische kennis delen in het belang van de patiënt en voor de verdere ontwikkeling van de gezondheidszorg". Een vraag van Maleisië om de tekst aan te passen in een religieuze context werd verworpen.

Bepaalde moties werden herzien, zoals bv. deze over de toegang tot de gezondheidszorg en het medisch onderwijs.

Andere moties werden uitgesteld zoals deze over het draagmoederschap; dit onder invloed van het Vaticaan.

Een motie van de Orde om rekening te houden met de financiële draagkracht van de landen werd verworpen.

Polen: de WMA steunt de Poolse artsen die protesteren tegen de onderfinanciering van hun gezondheidszorg. Sommigen zijn een hongerstaking begonnen in Warschau.

Dokter Yoshitake Yokokura (Japan) werd geïnstalleerd als de nieuwe voorzitter voor 2017/18; dokter Leonid Eidelman (Israël) werd met een nipte meerderheid verkozen voor 2018/19.

Volgende jaarlijkse meeting in Reykjavik van 3 tot 6 oktober 2018 met als focus de medische ethiek.

De meeting 2019 gepland in Istanboel wordt gezien de politieke toestand in Turkije verplaatst naar Tbilisi; Peking 2021 wordt met een jaar uitgesteld in de hoop een compromis te bereiken met Taiwan.

BESLUIT

2017 was een overgangsjaar op de weg naar grote veranderingen.

De vorming van ziekenhuisnetwerken en de toekomstgerichte financiering van de laagvariabele zorg zijn slechts een kwestie van maanden meer, tenzij de terughoudendheid van diverse actoren en politieke partijen om de plannen van minister De Block uit te voeren, uiteindelijk zouden leiden tot een mislukking.

De informatisering van de gezondheidszorg is een realiteit en zal binnenkort verplicht zijn voor iedereen. De omvang van deze verandering is echter van dien aard dat projecten vertraging oplopen, dat deadlines opschuiven en dat de IT-bedrijven zélf moeite hebben om tijdig gebruiksvriendelijke programma's af te leveren. De juridische vraagstukken die eruit voortvloeien staan in verhouding tot de terughoudendheid van de artsen om zich te moeten plooiën naar deze verplichtingen.

Nog in incubatie zijn de hervorming van het KB 78, omgezet in de wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidsberoepen, de hervorming van KB 79 betreffende de Orde der Artsen, de wil van de minister om te functioneren volgens haar nieuwe EBM-plan, de hervorming van de accreditering of nog de concretisering van de hertekening van de gezondheidsadministratie, de redesign.

Naast kleinere of grotere vooruitgang in deze verschillende hervormingen is 2018 ook een verkiezingsjaar voor de artsensyndicaten. Al meer dan 50 jaar staat de BVAS aan de zijde van de artsen opdat die artsen zelf aan de zijde van hun patiënten kunnen staan.

In 2018 is het de BVAS die uw steun en uw stem nodig heeft om voldoende representativiteit en voldoende legitimiteit te verkrijgen om uw stem te laten weerklinken als die van een eensgezind medisch korps. Interne verdeeldheid speelt enkel in de kaart van politici. Laat ons ook dit jaar onze krachten bundelen en als één blok het hoofd bieden aan een administratie die van haar kant perfect geroedeerd is voor dit soort oefeningen.